Ministère de l’Emploi et de la Solidarité

Manuel des Groupes Homogènes de Malades

6ème version de la classification

version 5.6 de la fonction groupage

Volume 1

Mise à jour au 1er janvier 2000

Fascicule spécial n° 2000-2 bis

VOLUME 1 - SOMMAIRE

Page
Sommaire du volume 2 5
Sommaire du volume 3 7
Contributions 9
Présentation générale 11
1. **Introduction à la classification des groupes homogènes de malades** 12
2. **Principes de la classification** 17
3. **Version 6 de la classification** 31
3.1. *Introduction* 31
3.2. *Contenu du RUM* 31
3.3. *Travaux sur la CIM 10* 41
3.4. *Travaux sur le CdAM* 49
3.5. *Modifications de GHM* 53
4. **Règles de codage CIM 10** 57
4.1. *Introduction* 57
4.2. *Les séquelles* 57
4.3. *Les complications des actes médico-chirurgicaux* 59
4.4. *Codage des intoxications par les médicaments* 64
4.5. *Codage des antécédents* 65
4.6. *Utilisation des codes P00 à P04.- Chapitre XVI de la CIM 10* 66
5. **Modification de certaines règles de production des RSS** 68
5.1. *Consignes pour la production des résumés de sortie concernant l'activité de* ....
radiothérapie 68
5.2. *Règles de production des résumés de sortie dans le cadre des prestations* ....
interétablissements 74
6. **Fonction groupage** 78

Annexes

Annexe 1 - Liste des sigles utilisés dans les volumes 1 et 2 du manuel des GHM
Annexe 2 - Liste des groupes homogènes de malades (numéros et libellés par CMD
Annexe 3 - Liste des CMA
Annexe 4 - Liste des CMAS
Annexe 5 - Liste des CMAS non traumatiques
Annexe 6 - Liste d'exclusions de diagnostics
Annexe 7 - Liste des extensions de la CIM 10 créées pour la version 5.6 de la fonction groupage
Annexe 8 - Codes de la CIM 10 par ordre croissant avec les CMD dans lesquelles ils sont orientés

Annexe 9 - Codes des actes classants par ordre croissant avec les GHM dans lesquels ils sont répertoriés
Annexe 10 – Abréviations des libellés de la CIM 10

VOLUME 2 - SOMMAIRE

01 Affections du système nerveux
02 Affections de l'œil
03 Affections des oreilles, du nez, de la gorge, de la bouche et des dents
04 Affections de l'appareil respiratoire
05 Affections de l'appareil circulatoire
06 Affections du tube digestif
07 Affections du système hépato-biliaire et du pancréas
08 Affections et traumatismes de l'appareil musculo-squelettique et du tissu conjonctif
09 Affections de la peau, des tissus sous-cutanés et des seins
10 Affections endocriniennes, métaboliques et nutritionnelles
11 Affections du rein et des voies urinaires
12 Affections de l'appareil génital masculin
13 Affections de l'appareil génital féminin
14 Grossesses pathologiques, accouchements et affections du post-partum
15 Nouveau-nés, prématurés et affections de la période périnatale
16 Affections du sang et des organes hématopoïétiques
17 Affections myéloprolifératives et tumeurs de siège imprécis ou diffus
18 Maladies infectieuses et parasitaires
19 Maladies et troubles mentaux
20 Troubles mentaux organiques liés à l'absorption de drogues ou induits par celles-ci
21 Traumatismes, allergies et empoisonnements
22 Brûlures
23 Facteurs influant sur l'état de santé et autres motifs de recours aux services de santé
24 Séances et séjours de moins de 24 heures
25 Maladies dues à une infection à VIH
26 Traumatismes multiples graves
27 Transplantations d'organes
90 Erreurs et autres séjours inclassables

VOLUME 3 - SOMMAIRE

Sommaire

Présentation

Catégories majeures et catégories majeures de diagnostics

24 Séances et séjours de moins de 24 heures
25 Maladies dues à une infection à VIH
26 Traumatismes multiples graves
27 Transplantations d'organes
90 Erreurs et autres séjours inclassables
01 Affections du système nerveux
02 Affections de l'œil
03 Affections des oreilles, du nez, de la gorge, de la bouche et des dents
04 Affections de l'appareil respiratoire
05 Affections de l'appareil circulatoire
06 Affections du tube digestif
07 Affections du système hépato-biliaire et du pancréas
08 Affections et traumatismes de l'appareil musculo-squelettique et du tissu conjonctif
09 Affections de la peau, des tissus sous-cutanés et des seins
10 Affections endocriniennes, métaboliques et nutritionnelles
11 Affections du rein et des voies urinaires
12 Affections de l'appareil génital masculin
13 Affections de l'appareil génital féminin
14 Grossesses pathologiques, accouchements et affections du post-partum
15 Nouveau-nés, prématurés et affections de la période périnatale
16 Affections du sang et des organes hématopoïétiques
17 Affections myéloprolifératives et tumeurs de siège imprécis ou diffus
18 Maladies infectieuses et parasitaires
19 Maladies et troubles mentaux
20 Troubles mentaux organiques liés à l'absorption de drogues ou induits par celles-ci
21 Traumatismes, allergies et empoisonnements
22 Brûlures
23 Facteurs influant sur l'état de santé et autres motifs de recours aux services de santé

CONTRIBUTIONS

La production de la version 5 de la fonction groupage et des tables de la version 6 de la classification en GHM sont le fruit d'un travail collectif et pluridisciplinaire d'experts et de spécialistes de multiples domaines. Qu'ils en soient tous, individuellement ou collectivement, remerciés ici :

Pôle d'Expertise et de Référence National des Nomenclatures de Santé (PERNNS)

Docteur **Dominique BLUM**
Docteur **Jean-Pierre BODIN**
Docteur **Marion GIRARDIER** (Directeur)
Docteur **Jean-François NOURY**
Alain PATRIS (ingénieur)

Experts associés du PERNNS

Docteur **Antoine BUEMI**
Docteur **Laurence DURIF**
Docteur **Jérôme FAUCONNIER**
Docteur **Patrick JEHAN**

Centre de Traitement de l'Information du PMSI (CTIP)

Docteur **Max BENSADON**
Docteur **Dominique BLUM**

Nous remercions également

Le Docteur **Joëlle DUBOIS** de la mission PMSI pour sa participation à la rédaction du volume 1

Mesdames **Michèle KOSTRZEWA** et **Catherine CARRAZ** du PERNNS

PRÉSENTATION GÉNÉRALE

Ce manuel comprend trois volumes :

♦ Le premier contient des textes de présentation et des annexes dont le sommaire est présenté en tête de cet ouvrage.

♦ Le deuxième présente la description de la classification des groupes homogènes de malades par catégorie majeure avec, pour chacune d'elles :

- le titre de la catégorie et les commentaires faits à son sujet,
- la liste des « diagnostics d'entrée » dans la catégorie,
- les numéros et les titres des groupes, éventuellement accompagnés de commentaires,
- les listes de diagnostics et d'actes.

♦ Le troisième contient, pour chaque catégorie majeure, une représentation graphique de l'algorithme de classement des résumés de sortie standardisés (arbre de décision). Cette présentation séparée des arbres de décision a deux avantages :

- conserver une lecture facile d'un arbre de décision nécessitant plusieurs pages pour une catégorie majeure,
- permettre une lecture simultanée du parcours de l'arbre pour un GHM donné (volume 3), et du contenu des listes de diagnostics et d'actes qui le caractérisent (volumes 1 et 2).

1. INTRODUCTION A LA CLASSIFICATION DES GROUPES HOMOGÈNES DE MALADES

1.1. **Du RSS au GHM**

Les groupes homogènes de malades (GHM) constituent un système de classification médico-économique des hospitalisations en secteur de soins de courte durée (médecine, chirurgie, obstétrique).

Lors de la sortie d'un patient de ce secteur, un bref compte rendu de son hospitalisation est produit, c'est le résumé de sortie standardisé (RSS). Il est composé d'autant de résumés d'unité médicale (RUM) que le patient a fréquenté d'unités médicales pendant son séjour dans le secteur précité.

Pour que les informations médico-administratives contenues dans le résumé puissent bénéficier d'un traitement automatisé, elles doivent être codées et le classement de chaque séjour hospitalier dans un GHM résulte de tests prédéterminés sur ces informations.

Les nomenclatures utilisées pour le codage sont la Classification Internationale des Maladies (CIM) de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) pour les motifs de soins, et le Catalogue des Actes Médicaux (CdAM) publié sous la forme de fascicules spéciaux du Bulletin Officiel (BO) pour les actes.

Les catégories majeures de diagnostics (CMD) restent un niveau déterminant de classement des séjours hospitaliers. Elles correspondent, le plus souvent, à un système fonctionnel ; ce sont, par exemple, les affections du système nerveux, de l'œil ou de l'appareil respiratoire. Cependant, un certain nombre de GHM sont regroupés dans des catégories majeures (CM) qui se différencient des CMD par le fait que l'orientation des RSS ne se fait pas par un test sur le diagnostic principal (DP). C'est le cas de la CM n° 24 des séjours dont la date d'entrée et de sortie sont identiques, de la CM n° 27 des transplantations d'organes et de la CM n° 90 des erreurs et autres séjours inclassables.

Dans la majorité des cas, l'orientation dans l'arbre est la suivante[1] :

a) Le RSS est classé dans l'une des CMD par analyse du diagnostic que le groupeur retient comme le DP du séjour hospitalier. En cas de séjour mono-unité, il est le DP du RUM, c'est-à-dire celui que le médecin de l'unité médicale (UM) responsable du patient a considéré, en fin de séjour, comme ayant mobilisé l'essentiel de l'effort médical et soignant. En cas de séjour multi-unités, il est l'un des DP portés sur chacun des RUM.

b) Ensuite la mention d'un acte classant opératoire est recherchée dans le RSS.

---

[1] Pour une description exhaustive, voir les autres volumes du présent manuel, en particulier le volume 3 qui présente les arbres de décision des CMD et des CM.

c) S'il existe un acte opératoire **classant dans cette CMD**, le séjour est orienté dans un groupe dit « chirurgical » défini par la nature de l'intervention effectuée. **Dans le cas contraire**, selon le DP, dans un groupe dit « médical », qui peut donc contenir des RSS avec des actes.

d) Enfin, les GHM sont obtenus par un nombre variable de subdivisions des sous-catégories précédentes selon les autres données du RSS : ce sont très souvent l'âge et les diagnostics associés significatifs (DAS[2]), c'est-à-dire les autres diagnostics mentionnés sur le RSS, qu'il s'agisse de pathologies associées au DP ou de complications de celui-ci ou de son traitement ; mais le DP peut également intervenir pour l'orientation dans tel ou tel GHM « chirurgical ».

Ces données sont, plus rarement, le mode de sortie du patient ou des actes dits classants non opératoires, c'est-à-dire classants sans être réalisés habituellement en salle d'opération (cf. le point 2.2.3.).

L'algorithme de la classification des GHM utilise des listes de diagnostics, des listes d'actes et un arbre de décision.

À chaque DP est associée la notion de *catégorie* (cf. le point 2.1.1.1.) caractérisant chaque GHM « médical » ; mais les diagnostics peuvent également être affectés de *caractéristiques* (cf. le point 2.2.1.) qui traduisent leur appartenance à des groupes particuliers influençant le classement dans un GHM, par exemple celui des complications et morbidités associées (CMA) ou des complications et morbidités associées sévères (CMAS) (cf. le point 2.2.2.2.).

Aux actes classants est affecté un nombre variable de *caractéristiques*. Ce mot désigne en fait un repère numérique dans les tables de la fonction groupage (FG) qui renvoie à une dénomination. À titre d'exemple, il existe une caractéristique qui correspond aux « *Craniotomies* ».

L'arbre de décision décrit l'ensemble des tests faits sur les informations du RSS pour aboutir dans un GHM déterminé. C'est un arbre généralement binaire, en oui et non, avec des nœuds et des fonctions de décision. Ces fonctions permettent de tester, par exemple, si le sexe est féminin ou non, si l'un des diagnostics associés fait partie d'une liste de complications ou non, etc.

e) Depuis la version 4 de la classification, un certain nombre de tests « transversaux » sont réalisés avant l'analyser du DP (destiné à orienter le RSS dans une des vingt-trois CMD des versions précédentes) : ils concernent, en effet, l'ensemble des diagnostics ou des actes.

f) **À partir de la version 6** de la classification, l'existence d'un diagnostic relié (DR) au DP permet d'effectuer un test supplémentaire, pour l'orientation dans un GHM. Il n'est utilisé dans cette nouvelle version que dans la CM n° 24 pour segmenter le GHM « fourre-tout » n° 823 « *Facteurs influant sur l'état de santé et autres motifs de recours aux*

---

[2] À partir de la version 6, les DA utiles à la classification des GHM deviennent des DAS (cf. le point 3.2.1.).

services de santé : ambulatoire, sans acte opératoire ». La définition du diagnostic relié sera abordée plus en détail au point 3.2.2.

1.2. **Historique de la classification des GHM**

1.2.1. *Les premières versions*

- La version 0

La classification américaine des Diagnosis Related Groups (DRG), élaborée par le Professeur Robert Fetter et son équipe de l'Université de Yale, a inspiré le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI).

La classification des DRG a été testée sur une base nationale de RSS (le RSA a été créé plus tard). La version française, dite version « 0 » de la classification des GHM, publiée en 1986, était l'adaptation de la deuxième révision de la quatrième version des DRG.

Elle a été publiée dans la circulaire n° 160 du 5 août 1986.

- La version 1

Elle a été la première à faire l'objet d'un manuel des GHM.

Un important travail de mise en forme a été nécessaire. Parmi les modifications effectuées, la plus importante est le classement des séjours « d'un jour » dans la CM n° 24, en sus des séances.

Elle a été publiée dans le fascicule spécial BO n° 92/9 bis.

- La version 2

Il s'agit de la première version élaborée en collaboration avec le PERNNS (1992).

La création de cette version avait été motivée par la nécessité d'intégrer quelque 3000 actes nouveaux dans les tables de la classification. Ces actes résultaient des travaux liés à la création des ICR (indice de coût relatif) en remplacement des index de complexité relative pour le champ ALPHA du CdAM.

Elle a été publiée dans le fascicule spécial BO n° 94/2 bis.

- La version 2.3

La version 2.3 était une version mixte CIM 9/CIM 10 de la classification des GHM. C'était la première version qui distinguait l'évolution de la FG (version 2 non modifiée) et celle des tables de la classification (3ème version).

Il s'agissait d'une version de transition vers une refonte plus profonde de la classification des GHM nécessitant le codage des diagnostics en CIM 10.

Le travail nécessaire à l'intégration de la CIM 10 ne s'est pas fait à l'aide d'un « transcodage » CIM 10-CIM 9, mais à partir de chaque libellé de la CIM 10 en l'assimilant au « comportement » de celui (ou de ceux) qui lui correspond(ent) dans la CIM 9.

Elle a été publiée dans le fascicule spécial BO n° 95/11 bis.

1.2.2. ***Les versions ultérieures***

- La version 3.4

Cette version a marqué une rupture avec les précédentes dans la mesure où sa FG ne permettait plus de grouper les fichiers contenant des RSS codés avec la CIM 9.

Les possibilités offertes par une CIM 10 plus détaillée que la CIM 9, et la création d'extensions de codes de la CIM 10 en cas d'insuffisance de ceux-ci, ont permis de modifier la classification en profondeur, et d'en faire une version plus proche des classifications de type DRG actuelles.

Les principales modifications étaient les suivantes :

- Création de nouvelles catégories majeures grâce à une analyse de l'ensemble des informations médicales du RSS :
  ¤ CMD n° 25 « *Maladies dues à une infection par le VIH* »
  ¤ CMD n° 26 « *Traumatismes multiples graves* »
  ¤ CM n° 27 « *Transplantations d'organes* »

- Modification de la notion de CMA par la création de :
  ¤ CMA sévères
  ¤ Listes d'exclusions des CMA

- Modification de CMD ou de GHM existants :
  ¤ refonte de la CMD n° 15 « *Nouveau-nés, prématurés et affections de la période périnatale* »
  ¤ création de GHM de chirurgie ambulatoire dans la CM n° 24
  ¤ création ou modification de quelques GHM.

Elle a été publiée dans le fascicule spécial BO n° 96/11 bis.

- La version 4.5

Depuis la création du PERNNS, la classification des GHM avait fait l'objet d'une révision annuelle. Cette version a été la première à avoir une durée de vie de deux ans. Cette pause semblait nécessaire après plusieurs versions présentant des modifications importantes, même si la version 4.5 amenait peu de changements puisqu'il s'agissait seulement de la création de quelques GHM :
  ¤ quatre groupes dits « médicaux » dans la CM n° 24 « *Séances et séjours de moins de 24 heures* »
  ¤ deux groupes de chirurgie cardiaque pédiatrique
  ¤ quatre groupes de médecine gériatrique

Elle a été publiée dans le fascicule spécial BO n 98/2 bis.

1.3. Conventions d'utilisation du manuel des GHM

Les conventions de présentation proviennent avant tout du fait qu'il est indispensable de diminuer le volume du document qui est constitué à partir des tables extraites de la FG. C'est pourquoi les libellés des diagnostics et des actes sont abrégés. Il importe d'observer que ces libellés ne remplacent en rien ceux de la CIM ou du CdAM qui restent les libellés de référence.

Un ensemble d'actes ou de diagnostics n'est répertorié qu'une seule fois, même lorsqu'il est identique pour plusieurs GHM. Ces actes ou ces diagnostics sont présentés sous forme de listes (ou de référence à une liste) ; elles sont repérables par un titre et un numéro figurant sur l'arbre de décision d'une CMD. Ces listes sont ensuite présentées dans l'ordre de leur numérotation, indépendamment des libellés de GHM. Le titre d'une liste reprend :

- le nom de la ou des *caractéristique(s)* (cf. le point 2.1.2.1.) prise(s) en compte pour le classement dans un GHM, pour les actes,

- le nom de la *catégorie* (cf. le point 2.1.1.1.) ou de la *caractéristique* (cf. le point 2.2.1.) pour les diagnostics, si le test effectué porte sur le DP, sur les DA ou sur les deux.

Dans le volume 2, la pagination est interne à chaque CMD.

Remarque : Le terme « catégorie » existe dans la CIM 10. Il ne faut pas confondre les « catégories » de la CIM 10 avec les « *catégories* » de la classification des GHM. Pour éviter la confusion possible, le terme de *catégorie* sera en italique dans le texte quand il se réfère à la classification des GHM ; cette convention est étendue au terme de *caractéristique*.

Des commentaires figurent sous les titres des CMD ou des GHM dans les cas suivants :

- lorsque les listes de diagnostics et d'actes ne sont pas suffisamment explicites, c'est-à-dire lorsqu'elles demandent une bonne connaissance de l'arbre de décision.

- lorsque certaines recommandations ou certains commentaires d'exclusions du volume 1 de la CIM 10 sont contradictoires avec le codage requis pour orienter correctement un RSS.

2. PRINCIPES DE LA CLASSIFICATION

Ce chapitre existe sous une forme très proche depuis la première édition du manuel. Il ne faut pas sous-estimer le nombre de personnes ouvrant pour la première fois un manuel des GHM. Il a donc été jugé utile de le maintenir sous sa forme détaillée ; il est, en revanche, actualisé pour tenir compte des nouveautés.

2.1. **Les éléments déterminants de l'orientation dans un GHM**

2.1.1. ***Les diagnostics***

2.1.1.1. *Catégories de diagnostics*

L'ensemble des diagnostics de la CIM est réparti de façon mutuellement exclusive entre les vingt-trois CMD des versions antérieures à la version 4 de la classification[3]. Il existe quelques exceptions, tels les codes de certaines affections génitales, dont l'orientation dans une CMD ne peut avoir lieu qu'après un test sur le sexe, puisque ces diagnostics peuvent aussi bien être faits chez l'homme que chez la femme et qu'il existe deux CMD distinctes pour les affections de l'appareil génital (n° 12 génital masculin, n° 13 génital féminin). Vingt-trois listes de diagnostics ont donc été ainsi constituées.

Chaque liste est subdivisée en sous-listes, de telle sorte que la sommation des sous-listes lui corresponde et que ces sous-listes ne comportent pas de diagnostics communs quand il s'agit d'un test concernant le DP.

Ces sous-listes sont les *catégories*[4] de diagnostics, c'est-à-dire l'ensemble des diagnostics qui, codés comme DP, orientent le RSS dans tel ou tel GHM « médical » de la CMD.

2.1.1.2. *Particularités*

Codes « dague » et « astérisque »

Le choix a été fait, lors de l'adaptation initiale des DRG, d'affecter à la même CMD les codes « dague » (cause initiale) et « astérisque » (manifestation clinique) qui se correspondent ; toutefois, il y a quelques exceptions.

Dans la CIM 10, la notion de code « astérisque » est restrictive : on ne peut pas utiliser n'importe quel code pour indexer la manifestation d'un code « dague ». Par ailleurs, les codes « astérisque » sont regroupés dans des catégories spécifiques, peu nombreuses si

---

[3] Le classement dans les CMD n°25 « *Maladies dues à une infection par le VIH* » et n°26 « *Traumatismes multiples graves* » ne nécessite pas une redistribution de ces diagnostics puisqu'il fait appel à l'ensemble des diagnostics et non au seul diagnostic principal.

[4] Pour ne pas confondre les deux termes « catégories », celui qui se rapporte à la classification des GHM est toujours en italique. Pour plus de précisions, on peut se reporter à la remarque figurant au point 1.3.

on en compare le nombre (83) à celui des autres catégories, ce qui génère des libellés imprécis posant parfois des problèmes d'orientation dans une CMD.

> Exemple : le code K93.8* « *Atteintes d'autres organes digestifs précisés au cours de maladies classées ailleurs* » correspond à des affections qui peuvent être orientées :
> - dans la CMD n° 03 « *Affections des oreilles, du nez, de la gorge, de la bouche et des dents* » si elles concernent la bouche
> - dans la CMD n° 06 « *Affections du tube digestif* » si elles concernent l'intestin.
> En revanche, le code K93.8 ne correspond pas aux affections des voies biliaires ou du pancréas qui sont codées avec la catégorie K87* « *Atteintes de la vésicule biliaire, des voies biliaires et du pancréas au cours de maladies classées ailleurs* ».

Avec la CIM 10, il y a donc davantage de « couples » dague-astérisque qui ne sont pas orientés dans la même CMD.

Signes et symptômes

Les codes concernant les signes et les symptômes ne doivent être utilisés, pour coder le DP, qu'en l'absence de diagnostic plus précis. Toutefois, certains symptômes sont retenus, à juste titre, comme DP du RSS avec une fréquence suffisante pour expliquer l'existence de quelques GHM s'intitulant « *Signes et symptômes...* » ; par exemple, les GHM n° 459, n° 460 et n° 461 : « *Signes et symptômes concernant les reins et les voies urinaires* ».

2.1.2. *Les actes*

2.1.2.1. *Caractéristiques des actes*

Chaque acte classant, au sens de la classification des GHM, est affecté à une *caractéristiques* d'actes permettant de répartir les actes classants dans des listes dont chacune est repérée par une dénomination. Ainsi, par exemple, toutes les « *craniotomies* » (dénomination) font partie d'une seule liste.

Une même *caractéristique* peut orienter dans différents GHM. Il en est ainsi des « *craniotomies* » sus-citées qui concernent la CMD n° 01 « *Affections du système nerveux* ». Lorsque la fonction groupage « reconnaît » un DP orientant dans cette catégorie majeure, elle « recherche » si un acte a la *caractéristique* « *craniotomies* ». Le cas échéant, le RSS est orienté dans l'un des trois GHM de « *craniotomies* », le « choix » entre les trois se faisant selon l'existence ou non d'un traumatisme (il y a « relecture » du DP), et selon l'âge du malade (cf. le volume 2, CMD n° 01 : GHM n° 001, n° 002 et n° 003).

L'existence des *caractéristiques* a donc un but simplificateur. Dans l'exemple choisi, la fonction groupage, au lieu d'avoir à tenir compte des nombreux codes des actes de « *craniotomie* », ne teste que la *caractéristique*.

Le fait qu'une même *caractéristique* peut être classante dans des GHM distincts d'une même CMD explique que la présence de certains actes peut paraître constituer un non-sens

médical dans quelques GHM. Mais cette présence est justifiée par le fait qu'il est plus simple d'affecter à un GHM « B » une liste d'actes déjà constituée pour le GHM « A », plutôt que d'élaborer une nouvelle liste spécifique pour le GHM « B » qui ne serait qu'un sous-ensemble de celle du GHM « A », n'en différant que par des détails.

Par ailleurs, un acte peut posséder plusieurs *caractéristiques*, c'est même fréquent. Plus un acte possède de *caractéristiques*, plus nombreux sont les GHM dans lesquels cet acte est classant.

Par exemple, K087 « *Exérèse complète d'une tumeur du médiastin, simple, par thoracotomie* », selon le DP auquel il est associé, peut être classant :

- dans le GHM n° 113 des « *Interventions majeures sur le thorax* » de la CMD n° 04,
- dans les GHM n° 411/n° 412 des « *Autres interventions pour troubles endocriniens, métaboliques ou nutritionnels* » de la CMD n° 10,
- dans les GHM n° 578/n° 581/n° 582 des « *Interventions majeures au cours des lymphomes, leucémies, affections myéloprolifératives et tumeurs de siège imprécis ou diffus* » de la CMD n° 17.

2.1.2.2. *Particularités*

Hiérarchie des listes d'actes classants par CMD

Plusieurs actes classants peuvent être réalisés durant un même séjour hospitalier. Comme un séjour ne peut être classé que dans un seul groupe, il existe une « hiérarchie » entre les listes d'actes classants par CMD.

Les séjours, au cours desquels ont été effectués plusieurs actes opératoires classants dans une même CMD, sont orientés dans un GHM en fonction de l'acte appartenant à la liste « la plus élevée dans la hiérarchie », en fait la première testée dans l'arbre de décision. Cela explique que l'ordre des actes dans le RSS n'a pas d'importance.

Il est essentiel de ne pas perdre de vue que cette notion de « hiérarchie », (en réalité l'ordre des tests de l'arbre de décision), est indépendante des ICR des actes. En revanche, il est évident que, grâce à l'étude initiée par la circulaire du 28 février 1992, la connaissance des coûts par séjour hospitalier joue un rôle majeur dans l'évolution de la classification des GHM.

Remarque sur les actes non classants

Il importe de ne pas assimiler un acte non classant à un acte « négligeable ». Un acte non classant est essentiellement **non discriminant** au regard de la classification des GHM, c'est-à-dire qu'il n'améliore pas sa capacité explicative. À l'extrême, un acte « classant partout » (qui le serait dans tous les GHM) équivaudrait strictement à un acte non classant.

On voit que le caractère classant ou non d'un acte est en rapport avec la lecture de l'activité médicale à travers cette classification. Il n'est pas l'aune exclusive de sa complexité

technique ni de sa consommation de ressources, et la classification des GHM n'est qu'un moyen parmi d'autres de rendre compte de l'activité des établissements de santé.

2.1.3 *Remarque à propos des « autres interventions » et « autres affections »*

Dans la majorité des cas, les listes des GHM « chirurgicaux » et « médicaux » d'une CMD se terminent par des GHM ayant respectivement pour libellé « *Autres interventions* » et « *Autres affections* » ; par exemple, dans la CMD n° 06, les GHM n° 233 et n° 234 « *Autres interventions sur le tube digestif* » et n° 259, n° 260, n° 261 « *Autres affections digestives* » ont un indéniable caractère « fourre-tout ».

Les prototypes en sont les GHM n° 639 et n° 640 « *Autres interventions pour blessures ou complications d'actes* » de la CMD n° 21, pour lesquels le nombre d'actes classants est supérieur à 2000.

Ils sont cependant indispensables pour respecter le caractère exhaustif de la classification.

Jusqu'à la version 6 de la classification, les groupes « fourre-tout » de diagnostics comprenaient deux types de codes :
- des codes d'affections précises mais peu fréquentes,
- des codes imprécis, prévus par l'OMS pour assurer l'exhaustivité de la classification et permettre le codage quand il n'y a aucune possibilité de retour au dossier médical.

À partir de la version 6, les codes trop imprécis sont interdits en DP pour les raisons suivantes :
- le retour au dossier médical est toujours possible,
- l'utilisation de ces codes, pour pallier l'absence d'informations, permet trop souvent une valorisation du séjour meilleure que celle qui résulterait d'un codage correct.

Le choix des codes « très imprécis » s'est fait sur les critères discriminants de l'absence de pathologie (K92.9 « *Maladie du système digestif, sans précision* »), ou de l'absence de topographie (T14.2 « *Fracture d'une partie du corps non précisée* »).

Les groupes fourre-tout devraient ainsi retrouver leur fonction première (classer les cas peu fréquents) et ne plus contenir des RSS dont on a « forcé » le groupage par l'utilisation de codes approximatifs comme c'est le cas, en particulier, dans les GHM n° 669 « *Interventions chirurgicales avec autres motifs de recours aux services de santé* » et n° 675 « *Autres facteurs influant sur l'état de santé* »

2.2. **Les facteurs modulants de l'orientation dans un GHM**

2.2.1. *Caractéristiques de diagnostics*

Comme les *caractéristiques* d'actes, ce sont des listes de diagnostics. Cependant, elles interviennent différemment dans la classification. Une *caractéristique* de diagnostics peut être testée :

- après un acte classant.

Exemple : dans la CMD n° 01 « *Affections du système nerveux* », le classement dans l'un des deux GHM de craniotomie chez un patient âgé de plus de 17 ans se fait par l'intermédiaire d'un test portant sur la mention en DP d'un des diagnostics répertoriés dans la *caractéristique* intitulée « *Traumatisme* »,

- sur l'ensemble des diagnostics d'un RSS dans le cadre d'une CMD définie. Exemple : dans la CMD n° 05, le classement dans un GHM d'infarctus se fait en recherchant les codes appropriés sur tous les diagnostics s'il n'y a pas d'acte classant opératoire,

- après un diagnostic.

L'exemple le plus fréquent est représenté par la recherche d'une CMA (cf. le point 2.2.2.) dont les codes sont regroupés dans une *caractéristique* de diagnostics.

2.2.2. ***Complications et morbidités associées (CMA)***

2.2.2.1. *Introduction*

Les CMA sont répertoriées dans une liste qui vaut pour l'ensemble de la classification. Cette liste a été initialement constituée par l'équipe de Yale en rassemblant « les diagnostics associés dont la présence, toutes choses étant égales par ailleurs, augmentait la durée de séjour d'au moins 24 heures, dans au moins 75 % des cas ».

Les diagnostics faisant partie de la liste des CMA sont repérés par une *caractéristique* de diagnostics dont l'existence est testée sur les diagnostics associés, chaque fois qu'intervient dans l'intitulé du GHM l'expression « et/ou CMA ».

2.2.2.2. *CMA sévères*

À partir de la version 4 de la classification, un sous-ensemble de cette *caractéristique* constitue les CMA sévères : CMAS. Dans certains cas, leur présence en DA oriente le RSS dans un groupe « lourd ». L'introduction de ce test est d'abord destinée à améliorer l'homogénéité des GHM dans lesquels ces cas étaient orientés dans les versions antérieures. Par ailleurs, il représente une première étape vers une meilleure description des cas qui mobilisent des ressources importantes, comme une prise en charge (non programmée) dans un secteur de réanimation.

La notion de CMA sévères existe dans les classifications américaines (*Major Complications or Comorbidities* : MCC). La liste élaborée est le produit de tests effectués sur la base de données de l'étude nationale de coûts[5], qui ont permis d'individualiser, dans plusieurs CMD, des groupes « lourds » rassemblant des cas notablement plus coûteux en améliorant l'homogénéité des autres groupes.

2.2.2.3. *Les listes d'exclusions des CMA*

Depuis la version 4 de la classification, les codes appartenant à la liste de complications et morbidités associées (qu'elles soient sévères ou non) ne sont plus considérés comme CMA ou CMAS automatiquement, mais seulement après une analyse par rapport au DP. Ceci se fait à travers des listes d'exclusions.

Jusqu'à la version 2.3 incluse de la classification des GHM, la liste des CMA était unique et prise en considération dans sa totalité, quel que soit le DP, lorsque le test « existence d'une CMA » était présent dans l'arbre de décision.

Il en résultait un « alourdissement » des séjours lorsqu'il y avait redondance d'information entre le DP et un DA appartenant à la liste des CMA. Cette redondance correspondait à un « surcodage » dont les motifs les plus fréquents étaient :

1) Le désir d'utiliser le recueil d'information destiné à la production du RSS à des fins documentaires.
Exemple : le codage d'un DP d'ulcère gastro-duodénal hémorragique avec un DA d'hématémèse classait le RSS dans un GHM « avec CMA » du fait de l'hémorragie digestive, malgré la redondance d'information motivée par la volonté d'un repérage clair des hémorragies digestives pour documenter l'activité lourde de gastro-entérologie.

2) L'existence d'un double codage en « manifestation » (codes « * ») et en étiologie (codes « † ») et les recommandations visant à étendre son principe à des entités manifestement de sens étiologique (« † ») telles que les séquelles et les complications des actes médicaux et chirurgicaux.

3) Certaines formes de description médicale, telles celles valorisant la démarche diagnostique selon la séquence *motif d'admission* (par exemple « *fièvre au long cours* », « *douleurs abdominales* », « *traumatisme thoracique* »...) - *diagnostic de sortie* (« *tuberculose pulmonaire* », « *pancréatite aiguë* », « *hémothorax* »...) ; elles conduisaient à la mention d'un symptôme du chapitre XVIII ou d'un code imprécis comme DP, complété par un DA correspondant à la pathologie précise ayant motivé l'hospitalisation, avec pour conséquence, le classement du RSS dans un GHM « avec CMA » toutes les fois que le DA appartenait à leur liste.

4) La volonté « d'alourdir » l'éventail des cas pour obtenir une allocation budgétaire plus élevée.

[5] Étude réalisée sur un échantillon d'établissements de santé, reposant sur le calcul du coût des séjours et destinée notamment à élaborer une échelle nationale de coût relatif par GHM.

La création de listes d'exclusions veut être une réponse à l'ensemble des causes de surcodage.

Jusqu'à la version 2.3 de la classification, deux conditions étaient nécessaires pour qu'un RSS soit classé dans un GHM « avec CMA » :

a) qu'un code appartenant à la liste des CMA soit mentionné comme diagnostic associé,

b) qu'il existe un GHM « avec CMA » susceptible de recevoir le RSS, autrement dit que le code de CMA rencontre le test « existence d'une CMA ? » dans l'arbre de décision de la classification des GHM[6].

À compter de la version 4 de la classification, une condition supplémentaire est nécessaire : que le DP du RSS n'exclue pas le caractère de CMA de la pathologie.

Il faut donc distinguer *l'appartenance* d'un code à la liste des CMA et *son comportement* de CMA en termes de classement en GHM :

- on peut affirmer que tout diagnostic absent de cette liste ne peut jamais être une CMA,

- mais un diagnostic lui appartenant n'en est une que s'il existe un GHM *ad hoc* « avec CMA » (condition inchangée) **et si le DP n'exclut pas son caractère de CMA** (condition propre à la notion de listes d'exclusions).

Un code de CMA ne peut donc être considéré indépendamment de la liste des DP qui l'excluent. Comment a-t-on constitué de telles listes ? On pouvait procéder de deux façons :

- faire intervenir la seule logique nosographique (voir plus haut l'exemple de l'ulcère hémorragique et de l'hématémèse) ;

- utiliser des tests statistiques sur les GHM « avec CMA » pour ne retenir comme CMA que les pathologies qui augmentent la consommation de ressources de façon significative, justifiant ainsi l'existence d'un GHM « avec CMA » épuré des redondances DP-DA.

Afin d'examiner les conséquences de l'introduction des listes d'exclusions, il a été choisi de procéder par étapes dont la première s'est limitée à la logique nosographique.

Les listes présentées dans ce manuel ont ainsi été constituées de façon relativement systématique en considérant qu'un code de la liste des CMA doit en être exclu dans les circonstances suivantes : lorsque le DP est un code imprécis, lorsque le DP et le code de CMA s'excluent mutuellement, lorsque le DP et la CMA sont redondants.

---

[6] *A contrario*, par exemple, la mention d'une CMA sur le RSS d'une hospitalisation pour traitement d'un canal carpien est sans conséquence, le GHM 006 ne connaissant pas de subdivision « avec ou sans CMA ».

1) Un DP imprécis ne « reconnaît » pas pour CMA un code plus précis. Lorsque le code du DP est un code « autres... » ou « SAI » d'une fin de chapitre, de sous-chapitre ou de catégorie de la CIM, les codes du même chapitre, sous-chapitre ou catégorie qui font partie de la liste des CMA en sont exclus. Par exemple, les codes de CMA du chapitre XI ne se comportent pas comme des CMA lorsque le DP est K92.9 « *Maladie du système digestif, sans précision* »[7].

Par assimilation, on a étendu cette propriété à tous les cas où le DP est une forme imprécise d'une maladie alors que le code de CMA correspond à une forme précise. Par exemple, I35.1 comprend les insuffisances aortiques sans précision ou d'origine non rhumatismale. Tous les codes de la catégorie I05 « *Maladies rhumatismales de la valvule aortique* » font partie de la liste des CMA. Ils en sont exclus lorsque le code du DP est I35.1.

La réciproque s'applique : un code de la liste des CMA provenant de la fin d'un chapitre, d'un sous-chapitre ou d'une catégorie ne se comporte pas comme une CMA lorsque le DP est un code plus précis du même chapitre, sous-chapitre ou de la même catégorie.

2) Une relation d'exclusion entre le DP et le code de la liste des CMA peut être le résultat d'exclusions explicitement signalées par la CIM : par exemple, les codes de la catégorie M05 « *Polyarthrite rhumatoïde séropositive* » perdent leur caractère de CMA lorsque le DP est M45 « *Spondylarthrite ankylosante* », I00 « *Rhumatisme articulaire aigu, sans mention d'atteinte cardiaque* » ou un code de la catégorie M08 « *Polyarthrites juvéniles* ». Ailleurs, l'exclusion se déduit de la connaissance médicale : par exemple, les catégories des glomérulopathies sont subdivisées de façon anatomopathologique, les codes sont donc exclusifs les uns des autres.

3) On a considéré qu'il y avait redondance d'information entre le DP et le code de la liste des CMA dans trois circonstances :

- lorsqu'un code de maladie est retenu comme DP, les codes de symptômes redondants présents dans la liste des CMA en sont exclus ; la réciproque est vraie si un symptôme est retenu comme DP et si la maladie mentionnée comme DA est dans la liste des CMA ;

- lorsque le code du DP et le code de la liste des CMA ont une relation dague-astérisque ;

- lorsque le code du DP et le code de la liste des CMA correspondent à une même maladie : les listes d'exclusions actuelles considèrent qu'une méningite à un germe « A » ne peut pas être une CMA d'une méningite à un germe « B », qu'une pneumonie à un germe « C » n'est pas une CMA d'une pneumonie à un germe « D », etc. Cela ne signifie pas que l'on nie l'existence de pneumonies à deux germes différents, mais qu'on choisit de considérer *a priori*, qu'il n'y a pas de lien DP-CMA du fait des deux germes.

---

[7] Cet exemple est maintenu pour la clarté de l'exposé, mais à partir de cette version de la classification, des codes tels que K92.9 sont désormais interdits en DP (cf. le point 3.3.5.).

Avec ces listes, **un codage de bonne qualité est encore plus nécessaire**. Il est essentiel que le résumé de sortie décrive le plus exactement possible le séjour du malade, en particulier sans omettre aucun DA dans la mesure où il explique l'effort de soins :

- pour un motif propre aux listes d'exclusions : il ne suffit plus que le RSS mentionne une CMA (en négligeant les autres DA) pour être classé dans un GHM « avec CMA » ;

- et pour un autre qui, pour n'être pas nouveau, ne mérite pas moins d'être rappelé : la liste des CMA évoluant, décrire le séjour en fonction de ce qu'elle est (et, de façon générale, de l'état de la classification des GHM) à un moment donné, expose à perdre la possibilité de comparer son activité dans le temps.

2.2.3. ***Actes classants non opératoires***

Ils sont peu nombreux. Ce sont les cathétérismes cardiaques, les coronarographies ou la radiologie interventionnelle endovasculaire (CMD n° 05), les explorations endoscopiques dans le cadre précis des antécédents d'affections malignes (CMD n° 17), certains actes dentaires (CMD n° 03), quelques actes obstétricaux (CMD n° 14) et certaines lithotrities depuis la version 4.5 de la classification (CM n° 24). Ces actes sont affectés d'un Y dans le CdAM au même titre que les actes classants opératoires. C'est une lecture attentive du contenu des arbres de décision et des GHM concernés qui permet de comprendre leurs particularités.

On observera que leur présence n'est prise en compte qu'après celle d'un acte opératoire classant et qu'ils interviennent, dans le parcours de l'arbre, comme des critères de subdivision secondaires.

Lorsqu'un acte classant opératoire est présent, par exemple une intervention de chirurgie cardiaque (CMD n° 5), les cathétérismes cardiaques et coronarographies, actes classants non opératoires, subdivisent respectivement les remplacements valvulaires et les pontages coronaires en deux GHM, n° 152 et n° 153 d'une part, n° 154 et n° 155 d'autre part.

En l'absence d'acte opératoire classant, c'est le DP qui est testé. Un acte non opératoire classant peut intervenir en aval pour remplir la même fonction de subdivision :
- pour les affections de la cavité buccale et des dents (CMD n° 3) selon la mention de certaines extractions, réparations et prothèses dentaires (GHM n° 105),
- pour les endoscopies lorsque le DP est un antécédent d'affection maligne (CMD n° 17, GHM n° 594)...

Il résulte de ce rôle particulier qu'un acte non opératoire classant ne peut jamais être responsable du classement d'un RSS dans le groupe 901. En effet :

- ou bien l'acte non opératoire est « subordonné » à un acte opératoire classant : c'est alors de ce dernier que dépend l'orientation ou non dans le groupe ;

- ou bien l'acte non opératoire est testé au sein de GHM médicaux (ou obstétricaux) : il est alors toujours « en relation » avec le DP par construction de la classification.

Dans le cadre de l'évolution de la CM n° 24 « *Séances et séjours de moins de 24 heures* », le nombre de ces actes classants non opératoires a été développé dans cette nouvelle version pour une meilleure description des prises en charge « médicales ».

2.2.4. *Mode de sortie*

Dans l'arbre de décision de la CMD n° 22 « *Brûlures* », le premier test réalisé ne concerne pas la mention, dans le RSS, d'un acte opératoire ; il est effectué sur la valeur affectée au code de mode de sortie : le patient a-t-il été transféré dans un autre établissement ?

Plusieurs GHM de la classification comportent, dans leur intitulé, la notion de décès ou de transfert : on les trouve dans les CMD n° 05 « *Affections de l'appareil circulatoire* », n° 15 « *Nouveau-nés, prématurés et affections de la période périnatale* » et n° 22 « *Brûlures* ».

Depuis la version 2 de la classification, on peut différencier les patients transférés pour cause d'impossibilité de prise en charge locale de ceux sortant vers le secteur de soins de suite au terme de leur traitement.

Pour les transferts et les décès intervenant dans un délai de moins de 24 heures, il existe deux groupes spécifiques dans la CM n° 24.

Depuis la version 4, pour être « lue » comme un transfert dans la fonction groupage, l'information « transfert » doit être, dans certains cas, reliée à une durée de séjour définie. C'est le cas dans la CMD n° 15 « *Nouveau-nés, prématurés et affections de la période périnatale* » et la CMD n° 22 « *Brûlures* », pour les GHM spécifiques des patients transférés.

2.3. **Catégories majeures particulières**

2.3.1. *La CMD n° 14*

La CMD n° 14 « *Grossesses pathologiques, accouchements et affections du post-partum* » est un bon exemple des difficultés qu'engendre le transcodage entre deux nomenclatures.

La classification utilisée aux États–Unis pour coder les diagnostics est l'*International classification of diseases 9 TH revision, clinical modification* (ICD-9-CM). Grâce au cinquième chiffre de ses codes, elle permet de distinguer pour une même pathologie liée à la grossesse, s'il s'agit de l'*ante partum*, de l'accouchement ou du *post-partum*.

L'absence de ce cinquième chiffre propre à l'ICD-9-CM d'une part et l'impossibilité d'utiliser le cinquième chiffre proposé par certaines rubriques du chapitre concerné dans la CIM 9 d'autre part, a conduit, à compter de la version 1 de la classification, à utiliser des tests sur la présence en DAS d'un code spécifique de l'accouchement et de la surveillance de grossesse pour distinguer les différentes périodes. Pour pallier l'absence éventuelle du code

spécifique de l’accouchement, un certain nombre de codes « marqueurs » d'un accouchement (diagnostic ou acte) permettaient d'améliorer l'orientation des RSS.

Bien que la CIM 10 permette de distinguer la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité plus nettement que la CIM 9, l'obligation de mettre un code supplémentaire est maintenue pour orienter dans des GHM d'accouchement (catégorie Z37 ou actes d’accouchement), ou dans des GHM d'*ante partum* (catégorie Z35). Une liste de codes d'accouchement a également été créée pour pallier l’oubli éventuel d'un code de la catégorie Z37. Cette liste est volontairement limitée aux codes de la CIM 10 correspondant à ceux de la liste qui avait été créée en CIM 9.

2.3.2. *La CMD n° 15*

La CMD n° 15 « *Nouveau-nés, prématurés et affections de la période périnatale* » présente un certain nombre de difficultés qui lui sont propres.

- Il faut repérer des cas « normaux ». La publication de la première échelle nationale de coût relatif des GHM donne la parfaite illustration du problème avec une hiérarchie non respectée, en termes de points ISA, entre le groupe des « *Nouveau-nés normaux* » : 600 points et le groupe des « *Nouveau-nés à terme avec d'autres problèmes significatifs* » : 504 points.

Le repérage de la « normalité » se fait à partir d'un test consistant à vérifier que la totalité des diagnostics du RSS fait partie d'une liste définie de codes de la CIM (non limités aux affections du chapitre des affections périnatales).Cependant, il suffit d’avoir codé un diagnostic hors de cette liste (et par ailleurs hors de celle des problèmes majeurs du nouveau-né) pour que le RSS soit orienté dans le groupe des nouveau-nés à terme avec « d’autres problèmes significatifs ». Sachant que des symptômes tels que « hoquet » ou « rougeur » sont précisément hors de cette liste, il s’ensuit que ce groupe continuera probablement à contenir abusivement trop de cas de nouveau-nés en réalité « sans problème significatif ».

- Les codes du chapitre des affections périnatales ne sont pas réservés exclusivement aux nouveau-nés puisque la note d'inclusion de ce chapitre concerne « *les affections dont l'origine se situe dans la période périnatale, même si la mort ou les manifestations morbides apparaissent plus tard* ». Ceci expliquait la présence de RSS ne concernant pas des nouveau-nés dans cette CMD pour les versions antérieures à la version 4 de la classification.

- La répartition des codes des affections de la période périnatale en « problèmes majeurs » et « autres problèmes significatifs » est perfectible. Des tests sur la base des coûts sont régulièrement faits pour repérer les anomalies. Le fait que les codes spécifiques des affections dont l’origine se situe dans la période périnatale soient utilisés pour des nouveau-nés présentant une affection dont l’expression clinique est variable, limite le pouvoir discriminant de ces codes en tant que marqueurs de problèmes majeurs, significatifs ou non significatifs d’une consommation de ressources.

Pour une présentation détaillée de cette CMD, il faut se reporter au volume 2 du présent manuel des GHM. Ne sont mentionnées ci-dessous que les grandes lignes des modifications apportées à la version 4 de la classification :

- Les codes d'anomalies congénitales qui orientaient auparavant le RSS dans la CMD n° 23 « *Facteurs influant sur l'état de santé et autres motifs de recours aux services de santé* » orientent le RSS dans la CMD n° 15. Un test sur l'âge en jours, en tête de l'arbre de décision, permet de ne conserver que des nouveau-nés ou des nourrissons de moins de 121 jours dans cette CMD.

- Les RSS correspondant à des patients âgés de plus de 120 jours sont orientés dans les GHM n° 669 « *Interventions chirurgicales avec autres motifs de recours aux services de santé* » ou n° 675 « *Autres facteurs influant sur l'état de santé* » de la CMD n° 23, qu'ils aient un DP du chapitre des affections périnatales ou de la liste des anomalies congénitales orientant dans la CMD n° 15.

- Les RSS correspondant à des nourrissons âgés de 29 à 120 jours sont orientés dans un seul groupe (GHM n° 861) qui devrait correspondre à des suites d'hospitalisation pour lesquelles le DP fait encore référence à un problème de périnatalité.

- Il existe un groupe (GHM n° 862) de nouveau-nés transférés défini par une durée de séjour limitée à deux ou trois jours (quatre jours dans les versions précédentes).

- Les poids de naissance inférieurs à 400 grammes et supérieurs ou égaux à 6 000 grammes orientent le RSS dans le groupe erreur 903 « *Autres données médicales non valides* ».

- C'est le poids de naissance qui est utilisé pour le premier niveau de segmentation des RSS de nouveau-nés de moins de 29 jours.
  Pour les poids très faibles, c'est la mention d'un décès qui définit le GHM ; pour les autres poids, c'est la présence d'un problème majeur, significatif ou non significatif qui définit le GHM. Le groupe de nouveau-nés sans problème significatif se substitue au groupe des nouveau-nés normaux des versions antérieures à la version 4 de la classification.

2.3.3. *La catégorie majeure n° 24*

Rappelons que la catégorie majeure n° 24 (CM n° 24) n'existe pas dans la classification américaine des DRG et qu'elle a été créée lors de son adaptation française, avec la dénomination « Séances ».

En recueillant, dans la version 1 de la classification des GHM, en plus des séances, les séjours dont la date de sortie était égale à la date d'entrée, la CM n° 24 avait pris la dénomination de « *séances et séjours d'un jour* ». Dans la version 2, le critère « séjour de moins de 24 heures » remplace l'égalité entre les dates d'entrée et de sortie.

Dans la version 4 de la classification, le test « < 24 heures » est supprimé, la qualité de cette information étant insuffisante.

La CM n° 24 n'est pas une catégorie majeure *de diagnostics*. En effet, alors que le RSS est classé selon le DP dans les CMD numérotées de 1 à 23, l'orientation dans la CM n° 24 est commandée par :

- la mention d'un nombre de séances supérieur à zéro,

- ou celle d'un séjour de durée inférieure à une journée, repéré par une date de sortie égale à la date d'entrée.

La recherche d'un critère d'orientation dans la CM n° 24 est le premier test effectué sur le RSS lors du groupage. Il précède celui portant sur le DP : par conséquent, quel que soit ce diagnostic, le RSS est classé dans la CM n° 24 s'il répond à l'un des deux critères énoncés.

Il importe de ne pas perdre de vue que la CM n° 24 telle qu'elle se présente aujourd'hui n'est pas « le dernier mot » en matière de description de l'activité hospitalière de type ambulatoire. Les travaux en vue de l'élaboration d'une véritable classification de celle-ci sont en cours. Ils devraient déboucher sur un algorithme spécifique aux séjours de moins de 24 heures, destiné à être également utilisable, le cas échéant, pour le traitement de données issues d'un recueil de soins externes.

Dans les versions précédentes de la classification, c'est la description des groupes chirurgicaux qui a d'abord été améliorée, puis les groupes médicaux en se basant sur des listes d'actes classants non opératoires. **Dans cette version**, des groupes « médicaux » sont créés sur des bases nouvelles comme par exemple la recherche d'un acte d'anesthésie classant et la lecture du diagnostic relié (DR)

2.3.4. *Les catégories majeures n° 25 à 27*

Dans la version 4 de la classification des GHM, trois nouvelles CM ont été créées.

CMD n° 25 « *Maladies dues à une infection par le VIH* »
CMD n° 26 « *Traumatismes multiples graves* »
CM n° 27 « *Transplantations d'organes* »

Destinées à mieux décrire certains cas lourds, elles ont des arbres de décision qui leur sont spécifiques. L'orientation d'un RSS dans une de ces catégories intervient immédiatement après l'orientation dans la CM n° 24 et sont dits « transversaux » parce qu'ils concernent l'ensemble des informations du RSS.

Pour plus d'informations, on peut se reporter à l'introduction de ces CM dans le volume 2 du manuel, et en particulier à celle de la CMD n° 25.

Remarque à propos de la CMD n° 25 en raison de l'introduction d'un « diagnostic relié » dans le nouveau format du RUM « 2000 »

L'appellation « diagnostic relié à une affection à VIH » a été remplacée par un « diagnostic lié à une affection à VIH ». La nécessité du changement est due à l'introduction du « diagnostic relié (DR) au diagnostic principal » dans le nouveau format du RUM.

3. VERSION 6 DE LA CLASSIFICATION

3.1. **Introduction**

C'est une version qui présente des modifications de contenu, de format et de groupage. Ces changements ont été faits pour apporter certaines améliorations souhaitées dans la version 6. Ils s'avèrent également utiles dans la perspective d'une version ultérieure qui devrait intégrer de profonds changements dans l'algorithme de groupage.

Ces modifications de format permettent :

- le recueil du « diagnostic relié » au diagnostic principal pour en préciser le sens dans certains cas,
- la distinction entre des diagnostics associés « significatifs » de la consommation de ressources et de l'effort de soins, et des diagnostics associés « documentaires »,
- la saisie de codes CIM plus détaillés (huit caractères) que les codes étendus présents dans les tables de la classification, comme l'ont souhaité quelques sociétés savantes.

Les possibilités d'extensions supplémentaires des codes de la CIM, et la création d'une zone de « diagnostics » documentaires répondent à la demande de nombreux établissements qui ne disposent que du système d'information minimum nécessaire au PMSI pour recueillir et exploiter les données médicales ; il n'y a donc aucune obligation d'utiliser des codes à huit caractères ou de remplir la zone de codes documentaires, ces « suppléments » d'information ne font d'ailleurs pas partie du RSA et sont donc, à la fois, hors du champ du contrôle de qualité et absents des bases de données nationales.

3.2. **Contenu du RUM**

Ne sont abordées dans ce paragraphe que les définitions des nouvelles informations de la partie médicale du RUM.

Une première rédaction a fait l'objet d'un fascicule intitulé « *PMSI et recueil d'information : ce qui change au 1er janvier 2000* », publié par la mission PMSI et daté de juillet 1999, dont les textes sont repris dans ce manuel avec des mises à jour qui intègrent les remarques qui ont pu être faites tant sur les difficultés de compréhension de certains points, que sur la rédaction de certaines règles (voir « le cas particulier du double codage dague-astérisque du DR » à la fin du point 3.2.2.).

3.2.1. ***Nouvelles définitions des diagnostics associés : DAS et DAD***

L'additif au guide méthodologique de production des résumés de sortie du PMSI, paru au BO n° 96/13 bis, énonce une définition des diagnostics associés qui n'apporte aucune limitation au recueil de cette information puisqu'ils peuvent être « *une pathologie associée au diagnostic principal, une complication de celui-ci ou de son*

traitement », et que par ailleurs la « *notion de pathologie active, significative, ou modifiant la prise en charge est étrangère à la définition du DA dans le champ des soins de courte durée».*

L'analyse des DA sur les bases de données montre que cette définition est probablement à l'origine d'une grande disparité du nombre de DA par RSA (des seuls « diagnostics classants », à la totalité des diagnostics, symptômes et autres motifs de recours du dossier médical informatisé). Cet état de fait présente deux types d'inconvénients :

- l'impossibilité de connaître l'étendue des diagnostics « manquants » alors qu'ils pourraient expliquer un effort de soins ou une consommation de ressources (qu'il s'agisse d'une mesure des coûts ou des durées de séjour) d'une part,

- l'impossibilité de repérer, parmi les diagnostics « présents », ceux qui n'ont eu aucune conséquence médico-économique sur le séjour d'autre part.

Ainsi, lorsqu'il s'agit de réaliser des analyses destinées à valoriser les GHM en points ISA ou de faire évoluer la classification des GHM, ou encore de tenter de comprendre quelles sont les autres pathologies prises en charge au cours du séjour, le manque de précision dans la définition des diagnostics associés du résumé de sortie du PMSI est devenu pénalisant.

Afin de pallier cette insuffisance, tout en permettant au résumé de sortie du PMSI de conserver son intérêt comme support d'information exploitable à des fins autres que celles de l'allocation de ressources, les diagnostics associés seront désormais déclinés en deux catégories : les diagnostics associés nécessaires au classement du séjour dits « diagnostics associés significatifs » (**DAS**), et les diagnostics associés à visée documentaire (**DAD**). Il s'agit en fait de ne plus rendre étrangère *la notion de pathologie « active », « significative » ou « modifiant la prise en charge »* à la définition des diagnostics associés significatifs, et de permettre le recueil des autres diagnostics associés dans une zone dite « documentaire ».

Si l'on devait ne donner qu'une définition synthétique de ces deux catégories de diagnostics associés, on pourrait dire que les **DAS** qualifient **le séjour** du patient, et que les **DAD** ne qualifient que **le patient**. La seule définition qu'il convient de bien cerner est celle des **DAS**, puisque tous les diagnostics, symptômes et autres motifs de recours ne correspondant pas à cette définition seront des **DAD**.

***Les diagnostics associés nécessaires à la classification, dits diagnostics associés significatifs (DAS)* sont en fait les diagnostics, symptômes et autres motifs de recours significatifs d'une majoration de l'effort de soins ou de la consommation de ressources[8].**

[8] Auxquels s'ajoutent quelques codes nécessaires à la classification : cf. le point 2.3.1.à propos de la CMD n° 14.

Afin de garder une cohérence entre les différents champs du PMSI, c'est la définition des diagnostics associés significatifs du PMSI SSR[9] qui est reprise dans le champ du court séjour, puisqu'elle correspond tout à fait aux DA qui doivent être retenus dans le champ des **DAS**.

Est considérée comme significative toute morbidité associée, ayant donné lieu à une prise en charge diagnostique ou thérapeutique au cours du séjour, dans le cadre d'une :

- affection nouvelle,
- évolution d'une affection connue,
- décompensation d'une altération organique connue,
- affection aiguë intercurrente,
- affection chronique en cours de traitement.

Ne doivent pas être retenues comme significatives, les affections ne répondant pas aux critères du DAS comme par exemple les antécédents guéris ou les maladies stabilisées ne justifiant d'aucune prise en charge, mais également les symptômes ou les résultats anormaux d'examen appartenant à une maladie codée par ailleurs.

3.2.2. ***Définition du diagnostic relié***

Le nouveau format du RUM offre la possibilité de porter sur le résumé de sortie, et en plus du diagnostic principal, un diagnostic qualifié de « relié ».

En effet, l'actuelle définition du « diagnostic principal » (motif de prise en charge ayant mobilisé l'essentiel de l'effort médical et soignant au cours du séjour hospitalier) présente l'inconvénient, aux yeux des cliniciens, de ne pas permettre, dans nombre de situations de prise en charge, le codage de la pathologie sous-jacente.

C'est le cas par exemple des prises en charge pour bilan ou surveillance, dans lesquelles les règles de codage imposent souvent l'utilisation d'un code « Z » du chapitre XXI[10] de la CIM-10, insatisfaisant en termes de description de la pathologie causale. C'est pour permettre une meilleure adhésion à la définition du diagnostic principal que la notion de diagnostic relié est créée.

On est désormais autorisé à porter en diagnostic relié, tout diagnostic permettant d'éclairer le contexte pathologique, essentiellement lorsque le diagnostic principal n'est pas, en lui-même, une affection.

Le plus souvent, le diagnostic relié correspondra à la maladie causale, et dans la quasi-totalité des cas, il s'agira d'une maladie chronique ou d'évolution prolongée.

---

[9] Soins de suite ou de réadaptation.

[10] Chapitre XXI de la CIM 10 : « *facteurs influant sur l'état de santé et autres motifs de recours aux services de santé* ».

Quand le diagnostic principal correspond à un double codage « dague-astérisque » : la règle est de porter le code astérisque en diagnostic principal et le code dague en diagnostic relié. Dans ce cas de double codage, cette règle reste valide à titre d'exception, si le code dague ne correspond pas à un code d'affection chronique ou de longue durée.

Cette disposition entre en vigueur à compter du 1er janvier 2000. Néanmoins, dans cette version de la classification, le diagnostic relié est considéré comme un DAS, sauf pour l'orientation dans deux GHM de la CM n° 24 (cf. le point 3.5.2.4.). La première année de recueil de cette information sera en effet une année au cours de laquelle, à la faveur de remarques éventuelles des utilisateurs, la définition du diagnostic relié pourra être affinée avant d'être stabilisée.

L'additif au guide méthodologique de production des résumés de sortie du PMSI (BO n° 96/13 bis), comporte un « guide des situations cliniques », destiné à orienter le choix du diagnostic principal des résumés de sortie. Ce guide est ici repris dans ses grandes lignes, en précisant, situation par situation, la place du diagnostic relié.

Les situations cliniques qui bénéficieront utilement de cette opportunité concernent principalement les séjours qui conduisent à certains GHM des catégories majeures n° 23 et n° 24 pour lesquels le diagnostic principal n'est pas immédiatement évocateur de la maladie causale, cette dernière étant par ailleurs une maladie chronique ou d'évolution prolongée.

Remarque : la numérotation des paragraphes est celle de l'additif au guide méthodologique.

1.2 Guide des situations cliniques

1.2.1 Soit un malade initialement admis en raison d'un ou de plusieurs symptômes

1.2.1.1 Lorsque le séjour a permis le diagnostic de la maladie cause du ou des symptômes, cette maladie est, en règle générale, le diagnostic principal (DP). ***Il n'est pas mentionné de diagnostic relié (DR).***

1.2.1.2 Lorsqu'il n'est pas découvert de cause au symptôme ou au syndrome, il est le DP. ***Il n'est pas mentionné de DR****.*

La même règle s'applique aux situations dans lesquelles le motif d'admission est une suspicion diagnostique, qui n'est pas confirmée au terme du séjour. Dans ces situations, où le DP est le symptôme (ou le syndrome) à l'origine de la suspicion, voire un motif codé avec la catégorie Z03 de la CIM, ***il n'est pas mentionné de DR****.*

1.2.2 Soit un malade hospitalisé pour traitement *d'une maladie antérieurement diagnostiquée.*

1.2.2.1 S'il s'agit d'un traitement unique, telle une intervention chirurgicale, la maladie traitée est le DP : ***il n'est pas mentionné de DR****.*

1.2.2.2 Dans les situations d'exceptions à la règle 1.2.2.1, le codage du DP utilise des codes du chapitre XXI (codes Z) de la CIM. Un DR peut être mentionné, à condition qu'il corresponde à une maladie effectivement présente lors du séjour et d'évolution chronique ou prolongée :

•Lorsque le DP est codé au moyen d'une des catégories Z40 ou Z41, ***il n'est pas mentionné de DR****. Z40 correspond à des situations de prophylaxie ; l'affection à prévenir, donc inexistante, ne peut être mentionnée, pas plus comme DR que comme diagnostic associé significatif (DAS). Le titre de la catégorie Z41, quant à lui, est explicite : ces codes ne s'emploient qu'en l'absence d'affection.*

•Avec la catégorie Z43, un DR peut être mentionné s'il correspond à une affection effectivement présente lors du séjour et d'évolution chronique ou prolongée. Dans les autres situations, il ne doit pas l'être.

Exemple : hospitalisation pour fermeture d'une colostomie quelques mois après une colectomie pour abcès par perforation d'un diverticule sigmoïdien. Le code du DP est Z43.3**. L'affection initiale étant guérie ne doit pas être mentionnée sur le RUM, pas plus comme DR que comme DAS**.

•Les catégories Z45 et Z46 permettent de coder des prises en charge pour des actes et des soins qui concernent en général des affections chroniques ou d'évolution prolongée : il s'agit du cas où la mention d'un DR sera donc la plus fréquente.

Exemple : hospitalisation pour mise en place d'une chambre implantable chez une personne atteinte d'un cancer. DP : Z45.2. DR : le cancer.

•En cas d'hospitalisation pour ablation de matériel quelques mois après une ostéosynthèse pour fracture, le code du DP est Z47.0. ***La fracture étant guérie ne doit pas être mentionnée, pas plus comme DR que comme DAS****.*

•La catégorie Z48 ne donne lieu à la mention d'un DR que dans le respect de sa définition. Dans les autres cas, la maladie opérée est un DAS ou DAD.

1.2.2.3 Les lignes correspondantes du chapitre III du B.O. n° 96/13 bis doivent désormais être lues comme suit : dans les situations de traitement répétitif (chimiothérapie, radiothérapie, dialyse...), le codage du DP utilise des codes Z et la maladie traitée est le DR.

Exemples :

- hospitalisation pour chimiothérapie d'un malade atteint d'un cancer bronchique ; DP : chimiothérapie (Z51.1) ; DR : cancer bronchique ;

- hospitalisation pour transfusion sanguine d'un malade atteint d'anémie réfractaire ; DP : transfusion sanguine (Z51.3) ; DR : anémie réfractaire.

*1.2.3 Les lignes du BO n° 96/13 bis concernant les **situations de surveillance** d'une maladie connue (antérieurement diagnostiquée, éventuellement antérieurement traitée) doivent désormais être lues comme suit :*

*1.2.3.1 Lorsqu'**un événement nouveau est découvert** (surveillance « positive »), il est le DP, et la maladie surveillée est le DR.*

Exemples :

- Hospitalisation pour surveillance d'une femme atteinte d'un lupus érythémateux aigu disséminé (LEAD) ; mise en évidence d'une néphropathie ; DP : la néphropathie ; DR : le lupus. Dans ce cas, il existe une relation astérisque-dague entre les deux codes.

- Surveillance d'un cancer du sein ; découverte d'une métastase osseuse ; DP : la métastase ; DR : le cancer du sein.

1.2.3.2 Lorsque la surveillance est négative (aucune affection nouvelle n'est mise en évidence), le DP se code à l'aide du chapitre XXI de la CIM, et la maladie surveillée est le DR à condition qu'elle soit encore présente lors du séjour et d'évolution chronique ou prolongée.

Exemple :

- Surveillance d'une cirrhose ; absence d'événement nouveau ; DP : code Z de surveillance; DR : la cirrhose.

1.2.4 Bilan d'extension d'un cancer

Lorsque le bilan est réalisé au cours d'un séjour distinct de celui du diagnostic, le DP dépend de la ou des découvertes faites :

- *s'il a été découvert un fait nouveau, inconnu auparavant, il est le DP (par exemple : une métastase cérébrale) ;*

- *si aucune découverte n'est faite, le bilan est négatif : le DP est codé au moyen des codes Z, le plus souvent Z04.8[11] car il s'agit de séjours programmés en vue d'investigations prédéterminées.*

*Dans les deux cas, **le cancer primitif est le DR**.*

1.2.5 Affections chroniques ou d'évolution prolongée

1.2.5.1 Au terme d'un séjour motivé par les premiers symptômes de la maladie, aboutissant au diagnostic de celle-ci, ce qui a été écrit plus haut au point 1.2.1.1 s'applique : on ne mentionne pas de DR.

1.2.5.2 Lorsqu'un malade atteint d'une maladie chronique ou d'évolution prolongée, connue, antérieurement diagnostiquée, est hospitalisé pour traitement, ce qui a été

[11] C'est bien **Z04.8** qui est recommandé car, au regard de la CIM, il est préférable à Z01.8.

écrit au point 1.2.2 s'applique.

1.2.5.3 Lors d'une poussée de la maladie, c'est-à-dire lorsque celle-ci se manifeste à nouveau par une acutisation, la maladie est le DP : ***il n'est pas mentionné de DR****.*

1.2.5.4 Hospitalisation pour une complication d'une maladie chronique ou d'évolution prolongée, ou pour une complication du traitement de celle-ci : lorsque la complication est le DP, ***la maladie compliquée est le DR****.*

1.2.5.5 Hospitalisation pour une affection intercurrente, indépendante de la maladie d'évolution prolongée sous-jacente : l'affection intercurrente est le DP, ***la maladie sous-jacente n'est pas le DR****, puisqu'elle est indépendante du DP, elle est un DAS.*

Exemple : hospitalisation en cardiologie, pour extractions dentaires, d'un malade porteur d'une prothèse valvulaire ; le DP est l'affection dentaire ; la présence de la prothèse valvulaire est mentionnée comme DAS, non comme DR.

Un DR bien choisi, conformément à sa définition et aux règles du guide des situations telles qu'elles viennent d'être exposées, doit satisfaire au raisonnement suivant :

il y a un lien obligatoire entre le diagnostic principal et le diagnostic relié ; le motif de prise en charge qui est codé en DP ne doit son existence qu'à l'affection qui est codée en DR.

On peut l'illustrer au moyen des exemples déjà cités.

Hospitalisation pour mise en place d'une chambre implantable chez une personne atteinte d'un cancer. DP : Z45.2. DR : le cancer.

Sans le cancer, pas de pose de chambre implantable.

Hospitalisation pour chimiothérapie d'un malade atteint d'un cancer bronchique ; DP : chimiothérapie (Z51.1) ; DR : cancer bronchique ;

Hospitalisation pour transfusion sanguine d'un malade atteint d'anémie réfractaire ; DP : transfusion sanguine (Z51.3) ; DR : anémie réfractaire.

Sans cancer pas de chimiothérapie antitumorale, sans anémie pas de transfusion.

Hospitalisation pour surveillance d'une femme atteinte d'un lupus érythémateux aigu disséminé (LEAD) ; mise en évidence d'une néphropathie ; DP : la néphropathie ; DR : le lupus. Dans ce cas, il existe une relation astérisque-dague entre les deux codes.

Sans lupus, pas de néphropathie lupique.

> Surveillance d'un cancer du sein ; découverte d'une métastase osseuse ; DP : la métastase ; DR : le cancer du sein.

Sans cancer, pas de métastase.

> Surveillance d'une cirrhose ; absence d'événement nouveau ; DP : code Z de surveillance ; DR : la cirrhose.

Sans « maladie » à surveiller, pas de surveillance de « maladie ».

Le dernier exemple illustre une situation inverse :

> Hospitalisation en cardiologie, pour extractions dentaires, d'un malade porteur d'une prothèse valvulaire ; le DP est l'affection dentaire ; la présence de la prothèse valvulaire est mentionnée comme DAS, non comme DR.

L'affirmation « sans prothèse valvulaire, pas d'affection dentaire » est évidemment fausse.

À l'issue de cet inventaire des situations cliniques, **le cas particulier du double codage dague-astérisque du DR** doit être signalé.

Il pourra arriver, dans certains cas, que la situation clinique nécessite effectivement de recourir à l'usage d'un diagnostic relié, mais que ce diagnostic soit codable (ainsi que la CIM-10 en offre parfois la possibilité), à la fois selon son étiologie (code dague), et selon sa manifestation (code astérisque)[12].

Le code qui devra alors être porté en diagnostic relié sera toujours (selon la définition), celui de la maladie chronique ou d'évolution prolongée qui éclaire au mieux le contexte pathologique du diagnostic principal. Selon les circonstances, il s'agira donc soit du code dague, soit du code astérisque.

Les exemples qui suivent permettent de mieux comprendre cette règle. Néanmoins, en cas de doute, ou si les deux codes répondent à la définition du diagnostic relié, on privilégiera le code étiologique (dague) qui sera alors porté en diagnostic relié.

Cette règle a été modifiée par rapport à la version diffusée dans le fascicule d'août 1999. Les règles qui ont conduit à revenir sur la consigne antérieure qui tendait à privilégier une règle identique à celle du DP résident dans le fait qu'il est apparu plus logique, s'agissant de DR, de privilégier le code étiologique. Il importe, en effet, de ne pas perdre de vue les objectifs visés à la mise en place du nouveau concept de DR, et d'être en adéquation avec son rôle « d'éclairage » du DP.

---

[12] Ces cas devraient être peu nombreux au total, puisqu'il faut d'une part se trouver en situation d'avoir besoin de noter un diagnostic relié (CMD n° 23 et CM n° 24 surtout), et d'autre part que ce diagnostic réponde au double codage dague-astérisque.

Exemple : chez un patient porteur d'une maladie de Crohn, présentant une arthropathie

Cas n° 1 : prise en charge pour bilan, principalement axé sur la maladie de Crohn
DP = surveillance médicale (de la maladie de Crohn)
DR = maladie de Crohn **(dague)**
DA = arthropathie au cours de la maladie de Crohn **(astérisque)**

Cas n° 2 : prise en charge pour bilan de l'arthropathie
DP = surveillance médicale (de l'arthropathie)
DR = arthropathie au cours de la maladie de Crohn **(astérisque)**
DA = maladie de Crohn **(dague)**

Cas n° 3 : bilan général de la maladie de Crohn et de l'arthropathie
DP = surveillance médicale
DR = maladie de Crohn **(dague)**
DA = arthropathie au cours de la maladie de Crohn **(astérisque)**

Dans ce dernier cas, les deux pathologies étant explorées au cours de la même prise en charge, il peut être délicat de définir ce qui éclaire le mieux le contexte pathologique Par convention, on a choisi le code « † ».

Aide mémoire : ce qu'il faut retenir du diagnostic relié

⊇ **Il n'y a pas lieu de chercher à remplir systématiquement l'item *diagnostic relié* du RUM** quelle que soit la situation de prise en charge. La création de cet item répond au besoin de « préciser » le diagnostic principal **lorsque ce dernier n'est pas évocateur de la pathologie prise en charge.**

⊄ **Lorsqu'il existe un DR, dans la quasi-totalité des cas, le diagnostic relié est un diagnostic de maladie chronique ou d'affection de longue durée.**

En effet, dans ces cas de fréquentation répétée de l'hôpital, les situations de prise en charge peuvent être variées (bilan, surveillance, traitement répétitif…), et, en dehors des poussées aiguës de la maladie (voir le point suivant), le diagnostic principal est rarement celui de la pathologie causale[13].

⊂ **Les règles de définition du diagnostic principal sont inchangées**. En cas de poussée aiguë de la maladie chronique, par exemple, c'est elle qui est portée en diagnostic principal, et il n'y a pas lieu de noter un diagnostic relié.

⊆ **Les situations dans lesquelles un diagnostic relié devra être noté sont finalement peu nombreuses** : outre le contexte pathologique de maladie chronique ou d'affection de longue durée, ces cas correspondent essentiellement à des situations de prise en charge pour lesquelles le séjour est classé dans un groupe de la CMD n° 23 ou de la CM n° 24.

---

[13] Quand le diagnostic principal correspond à un double codage « dague-astérisque » : la règle voulant que le code astérisque soit porté en diagnostic principal et le code dague en diagnostic relié, si le code dague ne correspond pas à un code d'affection chronique ou de longue durée, on est bien alors dans un cas d'exception.

3.3. **Travaux sur la CIM 10**

Contrairement aux versions précédentes de la CIM qui ne subissaient aucune modification régulière au cours de leur décennie d'utilisation, l'OMS a prévu de mettre régulièrement à jour la CIM 10 pour tenir compte des demandes des utilisateurs.

Un premier lot de modifications a été publié en anglais par l'OMS en 1997 pour être applicable en 1999. La version française est arrivée tardivement, mais c'est surtout l'absence de nouvelle version en 1999 qui est à l'origine du retard de publication dans le cadre du PMSI.

Ces modifications concernent :

- des créations et des suppressions de codes,
- des modifications de libellé,
- des corrections d'inclusions et d'exclusions
- des corrections du volume 2 (manuel d'utilisation) et du volume 3 (alphabétique)

Seuls les deux premiers types de modifications font l'objet d'une présentation dans ce manuel. Les différents changements sont signalés dans les paragraphes *ad hoc*.

On trouvera en annexe de ce document la totalité des modifications faites par l'OMS sur les trois volumes de la CIM.

3.3.1. ***Création de codes CIM 10***

On entend par création de codes CIM 10 (par opposition à des créations d'extensions), une modification qui se situe au niveau des quatre premiers caractères du code. Il s'agit donc de l'ajout d'une sous-catégorie (terme consacré pour désigner le code à quatre caractères et son libellé), ou de la création d'une catégorie[14]. Dans ce premier lot de modifications, il ne s'agit que d'ajouts de sous-catégories qui sont les suivantes :

- E16.4 « *Sécrétion anormale de gastrine* »
- K31.7 « *Polype de l'estomac et du duodénum* »
- K63.5 « *Polype du côlon* »
- K75.4 « *Hépatite auto-immune* »
- Z52.6 « *Donneur de foie* »
- Z52.7 « *Donneur de cœur* »

On remarquera que la création d'un code de « Donneur de cœur » indique clairement que la catégorie Z52 « *Donneurs d'organes et de tissus* » n'est pas réservée à des

[14] À ne pas confondre avec les « *catégories* » de la classification des GHM (cf. le point 2.1.1.1.).

donneurs vivants, mais qu'elle peut aussi être utilisée pour le codage du diagnostic principal **si le seul motif** du séjour est le prélèvement d'organe.

3.3.2. ***Création de codes étendus***

3.3.2.1. *Rappel*

L'extension d'un code CIM 10 se situe au-delà du quatrième caractère afin de permettre l'extraction d'un fichier strictement conforme à la classification d'origine.

Quand une catégorie (niveau 3 caractères) n'a pas de subdivision, c'est le signe « + » qui a été choisi comme quatrième caractère lorsque le code nécessite une extension.

Quand une extension est à visée documentaire, elle est, en général, positionnée sur le sixième caractère. Si le cinquième est « vide », c'est le signe « + » qui lui est affecté.

Quand l'OMS propose de pouvoir coder une précision supplémentaire (topographie articulaire, fracture fermée ou ouverte ...), c'est la cinquième position de l'extension du code qui a été choisie.

La notion « documentaire » du 6e caractère est à distinguer de celle qui se trouve sur les 7e et 8e caractères du nouveau format des codes CIM 10. Les 5e et 6e caractères sont obligatoirement validés par le PERNNS qui vérifie la relation « père-fils » des extensions CIM 10 qui sont intégrées dans les tables de la classification.

Même si certaines sociétés savantes ont fait valider leurs extensions supplémentaires (7 et 8) par le PERNNS (ce qui garantit une utilisation correcte des 6 premiers caractères), l'absence totale de contrôle de ces deux caractères permettra à chacun de décider de leur utilisation . La création d'une extension 7 et 8, non validée, qui modifierait le sens du code « père » à six caractères, pourra générer des erreurs de codage qui seront de la seule responsabilité de leurs auteurs.

3.3.2.2. *Les motifs*

L'intention de l'OMS de mettre à jour régulièrement la CIM 10 étant connue depuis sa parution, la création d'extensions à but purement documentaire, dans le cadre du PMSI, n'a été faite qu'exceptionnellement, pour ne pas avoir à gérer les doublons éventuels créés avec des codes différents.

Néanmoins, certaines extensions ont été créées pour les besoins de cette version de la classification, mais elles restent peu nombreuses. Les sous-catégories subdivisées sont les suivantes :

P36.- « *Infection bactérienne du nouveau-né* »

La catégorie P36, dont le libellé est peu précis, doit être utilisée, entre autres, pour le codage des septicémies du nouveau-né. C'est pour cette raison que cette catégorie

figure entièrement dans la liste des problèmes majeurs du nouveau-né, et celle des CMA. Or, ces codes sont souvent utilisés pour indiquer le germe d'une infection codée ailleurs et ne figurant pas dans la liste des problème majeurs du nouveau-né ou celle des CMA, ou pour coder un tableau imprécis d'infection.

Pour ne conserver que les septicémies dans la liste des problèmes majeurs du nouveau-né et la liste des CMA, chaque code de cette catégorie a été subdivisé avec un cinquième caractère égal à **0** pour la septicémie, et égal à **9** pour les autres cas relevant de cette catégorie.

Exemple : P36.20 Septicémie du nouveau-né à staphylocoques dorés
P36.29 Infection du nouveau-né à staphylocoques dorés

T31.3 « *Brûlures couvrant entre 30 et moins de 40% de la surface du corps* »
T31.4 « *Brûlures couvrant entre 40 et moins de 50% de la surface du corps* »
T31.5 « *Brûlures couvrant entre 50 et moins de 60% de la surface du corps* »

Ces trois codes sont subdivisés pour définir avec plus de précision les cas qui doivent être orientés dans le GHM n° 663 « *Brûlures étendues* », plus particulièrement destiné aux grands brûlés. Afin que la valorisation de ce GHM corresponde aux prises en charge des grands brûlés, il est nécessaire de ne pas orienter dans ce groupe les cas de brûlure du premier degré (ou de degré inconnu) couvrant entre 30 et 60% de la surface corporelle. La catégorie T31 « *Brûlures classées selon l'étendue de la surface du corps atteinte* » ne permet pas de coder le degré de la brûlure, d'où la subdivision des trois codes cités ci-dessus en « brûlure du premier degré, ou dont le degré n'est pas précisé » (T31.30, T31.40, T31.50) et en « brûlure du second degré et plus » (T31.31, T31.41, T31.51).

Z51.0 « *Séance de radiothérapie* »

Les nouveaux GHM de radiothérapie requièrent de pouvoir distinguer les RUM de « préparation à une radiothérapie » (Z51.00), des RUM de « séance d'irradiation » (Z51.01). Les règles d'utilisation de ces codes « Z » sont précisées au paragraphe concernant la création de ces GHM.

Z75.8 « *Autres difficultés liées aux installations médicales et autres soins de santé* »

Il s'est avéré nécessaire de prévoir un code identifiant les RUM créés par l'établissement qui adresse un patient à un autre établissement pour la réalisation d'un acte. C'est la sous-catégorie Z75.8 qui a été choisie. Les conditions d'utilisation de Z75.80 « *Personne adressée dans un autre établissement pour réalisation d'un acte* » sont exposées au chapitre 5.2 concernant les prestations interétablissements. Le code Z75.88 « *Autres difficultés liées aux installations médicales et autres soins de santé, non classées ailleurs* » a été créé pour les autres utilisations de Z75.8.

3.3.3. *Suppression de codes de la CIM 10*

La suppression de codes effectuée dans cette version de la classification a pour origine les modifications faites par l'OMS. Il s'agit de quatre sous-catégories dont les libellés n'avaient aucun sens puisqu'ils faisaient référence à des fentes « bilatérales » du palais. Ces suppressions concernent les codes :

- Q35.0 « *Fente bilatérale de la voûte du palais* »
- Q35.2 « *Fente bilatérale du voile du palais* »
- Q35.4 « *Fente bilatérale de la voûte et du voile du palais* »
- Q35.8 « *Fente bilatérale du palais, sans précision* »

La suppression de codes de la CIM 10 est à distinguer des modifications apportées à certains codes désormais interdits en diagnostic principal mais qui, eux, figurent encore dans les tables de la classification (cf. le point 3.3.5.), alors que les codes CIM 10 supprimés (et leurs libellés) ne sont plus présents dans les tables.

Pour mémoire, les codes CIM 10 supprimés dans les versions précédentes sont : M23.85, M23.86, C14.1, N06.9.

3.3.4. *Modification de libellés de la CIM 10*

Outre la création et la suppression de codes, l'OMS a également fait des modifications de libellés. Les modifications d'inclusions ou d'exclusions figurant dans la CIM 10 n'interviennent pas dans les tables de la classification, néanmoins elles peuvent être à l'origine de modifications d'extensions de codes créés dans le cadre du PMSI. C'est la raison pour laquelle le libellé du code B60.80 « *Microsporidiose* » a dû être modifié en « *Microsporidiose* ***extra-intestinale*** ».

Les libellés modifiés par l'OMS sont les suivants :

- A81.8 « *Autres infections* ***atypiques*** *à virus, du système nerveux central* »
- A81.9 « *Infection* ***atypique*** *à virus, du système nerveux central, sans précision* »
- J34.1 « *Kyste et mucocèle* ~~***du nez et***~~ *des sinus du nez*
- Q35.1 « *Fente* ~~***unilatérale***~~ *de la voûte du palais* »
- Q35.3 « *Fente* ~~***unilatérale***~~ *du voile du palais* »
- Q35.5 « *Fente* ~~***unilatérale***~~ *de la voûte et du voile du palais* »
- Q35.9 « *Fente* ~~***unilatérale***~~ *du palais, sans précision* »
- Q37.0 « *Fente labiale* ***bilatérale*** *avec fente de la voûte du palais,* ~~***bilatérale***~~ »
- Q37.1 « *Fente labiale* ***(unilatérale)*** *avec fente de la voûte du palais*~~***, unilatérale***~~ »
- Q37.2 « *Fente labiale* ***bilatérale*** *avec fente du voile du palais*~~***, bilatérale***~~ »
- Q37.3 « *Fente labiale* ***(unilatérale)*** *avec fente du voile du palais*~~***, unilatérale***~~ »
- Q37.4 « *Fente labiale* ***bilatérale*** *avec fente du voile et de la voûte du palais*~~***, bilatérale***~~ »
- Q37.5 « *Fente labiale* ***(unilatérale)*** *avec fente du voile et de la voûte du palais*~~***, unilatérale***~~ »
- Q37.8 « *Fente labiale* ***bilatérale*** *avec fente palatine, sans précision*~~***, bilatérale***~~ »
- Q37.9 « *Fente labiale* ***(unilatérale)*** *avec fente palatine, sans précision*~~***, unilatérale***~~ »

3.3.5. ***Codes de la CIM 10 interdits en diagnostic principal***

Jusqu'à cette version de la classification, très peu de codes de la CIM 10 étaient interdits en diagnostic principal. Les plus connus sont les codes des catégories B95 à B97 « *Agents d'infections bactériennes, virales et autres* » permettant de préciser l'agent infectieux en code supplémentaire quand cette information n'est pas intégrée dans le code de la pathologie infectieuse codée par ailleurs. Ces codes sont clairement interdits par l'OMS pour le codage de la cause principale. Cette règle avait été reprise dans le cadre du PMSI pour le codage du diagnostic principal.

Dans cette version de la classification, le nombre de codes interdits en DP est très augmenté. Cette modification est faite pour deux raisons :
- ne pas permettre l'utilisation de codes très imprécis pour obtenir une meilleure valorisation, ou l'apparence d'une exhaustivité des RUM même en cas d'informations manquantes,
- ne plus autoriser l'utilisation de codes « pères » (les « fils » étant les extensions de codes dans le cadre du PMSI) dans certaines situations.

3.3.5.1. *Interdiction liée à l'usage de codes très imprécis*

Les catégories B95.- à B97.- citées ci-dessus sont à distinguer des catégories A49.- « *Infection bactérienne, siège non précisé* » ou B34.- « *Infection virale, siège non précisé* » qui permettent de coder une infection dont on connaît le germe mais pas la manifestation. Ces codes étaient jusqu'à présent autorisés en DP. Or il s'avère qu'ils permettent assez souvent d'obtenir un groupage mieux valorisé qu'en codant la pathologie infectieuse avec précision. C'est également le cas de nombreux codes dont les libellés très imprécis ne se justifient que par la nécessité d'assurer l'exhaustivité de la CIM et de permettre un codage de données médicales sans retour possible à la source de l'information. Cette situation ne peut être que très exceptionnelle (perte du dossier médical par exemple) dans le cadre du PMSI. C'est la raison pour laquelle, les codes jugés « très » imprécis sont dorénavant interdits en DP.

Il existe deux critères retenus pour déterminer qu'un code fera partie de la liste des codes interdits en DP.

- Il y a une étiologie ou une lésion, mais aucune manifestation ou topographie comme par exemple le code A49.0 « *Infection à staphylocoques, sans précision* » qui peut « cacher » une pneumonie, une méningite ou un panaris, ou le code T14.2 « *Fracture d'une partie du corps non précisée* » qui peut cacher une fracture du fémur ou une fracture d'une phalangette.

- Il y a un organe, un appareil ou une fonction mentionné mais aucune pathologie comme par exemple les codes K22.9 « *Maladie de l'œsophage, sans précision* », L98.9 « *Affection de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané, sans précision* » ou F99 « *Trouble mental, sans autre indication* ».

Il ne s'agit pas de mettre en difficulté les codeurs en supprimant l'utilisation de codes qui peuvent « dépanner » (les exemples cités montrent qu'il s'agit de codes non acceptables en termes de description médicale), mais de mettre tous les codeurs à égalité quant à l'utilisation de tels codes.

La liste obtenue ne représente qu'un sous-ensemble réduit de la liste introduite dans MAHOS[15]. Si la liste des codes interdits en DP se veut celle des codes **très imprécis**, celle de MAHOS se veut celle des codes **peu précis**.

3.3.5.2. *Interdiction liée à l'utilisation de codes « pères »*

Depuis la version de la classification utilisant exclusivement la CIM 10 pour le codage des « diagnostics », un certain nombre de codes ont été « étendus », pour les besoins de la classification dans la grande majorité des cas.

Jusqu'à cette version de la classification, l'utilisation des codes « pères » des extensions créées était autorisée pour tenir compte de la difficulté de certains établissements à modifier en temps utile leur système d'information, lors de la première augmentation du nombre des caractères des codes CIM.

Comme il est exposé dans le chapitre des principes de la classification, les codes CIM ont d'abord un rôle « déterminant » dans l'orientation dans un GHM quand ils sont regroupés en *catégorie* (cf. le point 2.1.1.1.), puis quelquefois un rôle « modulant » de l'orientation dans un GHM quand ils appartiennent à des *caractéristiques* de diagnostics (cf. le point 2.2.1.).

On peut donc avoir une attitude différente pour autoriser ou non l'utilisation du code « père » :

- Si les fils n'ont que des différences « modulantes », il n'y a pas lieu d'interdire l'utilisation de code « père » puisque le résultat de groupage est pénalisant pour celui qui n'utilise pas le codage le plus précis.

Exemple : si un code « père » a un « fils » qui est une CMA et un « fils » qui ne l'est pas, lui même ne sera pas une CMA.

- Si les fils ont des différences « déterminantes », l'utilisation du code « père » ne doit plus être autorisée quand il peut s'avérer mieux valorisant en fonction du GHM dans lequel il oriente le RSS.

Exemple : le code « père » A63.0 « *Condylomes ano-génitaux (vénériens)* » a été subdivisé en A63.00 pour les condylomes anaux avec une orientation dans la CMD n° 09 « *Affections de la peau, des tissus sous-cutanés et des seins* », et en A63.08 pour les

---

15 Mesure de l'activité hospitalière. Le logiciel MAHOS répertorie des codes considérés comme les signes d'une médiocre qualité de codage, ce qui permet de qualifier les écarts de pratique de codage entre établissements.

condylomes génitaux avec une orientation dans les CMD n° 12 « *Affections de l'appareil génital masculin* » ou 13 « *Affections de l'appareil génital féminin* » selon le sexe. Pour autoriser le code « père » il fallait lui donner l'orientation d'un des deux « fils ». Si l'utilisation de A63.0 est plus valorisante que A63.00, la possibilité de coder l'information avec le code « père » (qui est moins précis mais juste) donne un choix qui rend inutile les extensions, et génère des pratiques de codages différentes pour un même cas.

Comme dans le cas des codes très imprécis, l'interdiction d'utiliser des codes « pères » en DP n'est pas faite pour mettre le codeur en situation de difficulté mais le mettre à égalité dans certaines pratiques de codage.

On pourrait se demander pourquoi on n'interdit pas systématiquement l'utilisation des codes « pères » pour en faire une règle de codage facile à appliquer. Il y a au moins deux raisons :

- Certains codes n'ont que des subdivisions documentaires faites à la demande de sociétés savantes. Le niveau de détail requis pour l'utilisation des extensions ne peut pas être exigé de tous les codeurs.

- D'une manière générale, les modifications des codes de la CIM se reportent assez facilement sur le volume 1 analytique, en revanche la mise à jour du volume alphabétique est beaucoup plus difficile à effectuer. Il est donc apparu plus raisonnable d'interdire l'utilisation des codes « pères », ce qui se justifie dans le cadre du résultat de groupage et non de manière systématique.

Cette attitude qui apporte une certaine souplesse par rapport à des règles rigides, peut très bien être compensée par des consignes locales obligeant à toujours coder un cinquième ou un sixième caractère quand ils existent.

3.3.6. *Réorientation de codes de la CIM 10*

Comme dans les versions précédentes de la classification, un certain nombre de codes ont été réorientés dans des CMD différentes, il y a également quelques modifications à l'intérieur d'une CMD avec une réorientation dans un GHM différent. Ces dernières peuvent être à l'origine de résultats assez différents (en fonction des pratiques de codage) comme par exemple la suppression du code R47.0 « *Dysphasie et aphasie* » du GHM n° 018 « *Accidents vasculaires cérébraux non transitoires* », mais seules les modifications du premier type sont citées ci-dessous pour ne pas alourdir ce texte par trop de modifications ponctuelles.

Quand les RSA du groupe 901 « *Actes sans relation avec le diagnostic principal* » sont revus dans le cadre des propositions pour une nouvelle version, on repère les cas qui peuvent être résolus par une modification des tables de la classification. Il y a deux solutions possibles :

- réorienter le DP dans la CMD dont la liste spécifique d'actes contient les actes classants opératoires qui sont à l'origine du classement du RSA dans le groupe 901,

- rendre classants ces actes dans la CMD qui correspond au code qui est retenu en DP.

La première solution est toujours privilégiée, quand elle est possible (un nombre suffisant de cas dans la même situation), car le RSS est alors orienté dans un groupe chirurgical toujours plus homogène que le groupe obtenu avec la deuxième solution puisque ce dernier ne peut être que le groupe « fourre-tout » de la CMD.

Les codes CIM 10 réorientés dans une nouvelle CMD sont les suivants :

C41.1 « *Tumeur maligne de la mandibule* » : ce code, en provenance de la CMD n° 08 « *Affections et traumatismes de l'appareil musculo-squelettique et du tissu conjonctif* », est réorienté dans la CMD n° 03 « *Affections des oreilles, du nez, de la gorge, de la bouche et des dents* », parce que la majorité des actes thérapeutiques réalisés pour cette pathologie est spécifique de la CMD n° 03.

D44.6 « *Tumeur à évolution imprévisible ou inconnue du corpuscule carotidien* » et **M31.4 « *Syndrome de la crosse aortique [Takayasu]* »** : ces codes, en provenance de la CMD n° 01 « *Affections du système nerveux* » pour D44.6, et de la CMD n° 08 « *Affections et traumatismes de l'appareil musculo-squelettique et du tissu conjonctif* » pour M31.4, sont réorientés dans la CMD n° 05 « *Affections de l'appareil circulatoire* ». Ces modifications sont faites pour tenir compte des actes thérapeutiques le plus souvent retrouvés avec ces codes retenus en DP.

Q70.1 « *Palmure des doigts* » et **Q70.3 « *Palmure des orteils* »** : ces codes, en provenance de la CMD n° 08 « *Affections et traumatismes de l'appareil musculo-squelettique et du tissu conjonctif* », sont réorientés dans la CMD n° 09 « *Affections de la peau, des tissus sous-cutanés et des seins* », parce que les actes thérapeutiques réalisés pour ces anomalies sans synostose sont plus spécifiques de la CMD n° 09 que de la CMD n° 08.

Z76.2 « *Surveillance médicale et soins médicaux d'autres nourrissons et enfants en bonne santé* » : ce code, en provenance de la CMD n° 23 « *Facteurs influant sur l'état de santé et autres motifs de recours aux services de santé* », est réorienté dans la CMD n° 15 « *Nouveau-nés, prématurés et affections de la période périnatale* ». Cette modification est rendue possible par les tests d'orientation dans l'arbre de décision qui sont faits sur l'âge en jours dans la CMD n° 15, et qui orientent le RSS dans la CMD n° 23 quand l'âge est supérieur à 120 jours, ou dans le GHM n° 861 « *Autres problèmes post-néonatals précoces* » quand l'âge est compris entre 28 et 120 jours.

3.3.7. *Autres modifications des codes de la CIM 10*

Les autres modifications concernent un changement de *caractéristique* qui est un facteur « modulant » dans l'orientation d'un GHM. Il s'agit dans la majorité des cas d'un

changement de GHM au sein d'une même CMD (même quand il s'agit d'une mise à jour de la liste des CMA(S)), mais cela peut entraîner un changement de CMD quand il s'agit de modifications touchant les *caractéristiques* de diagnostics qui conditionnent l'orientation dans une CMD dite « transversale » comme c'est le cas des CMD n° 25 « *Maladies dues à une infection par le VIH* » ou n° 26 « *Traumatismes multiples graves* ».

Pour tout changement constaté dans le groupage d'un fichier effectué avec deux versions différentes, il est toujours utile de se reporter au volume 2 du manuel des GHM ou aux annexes du volume 1 pour avoir la raison précise de la modification constatée. Il est en effet difficile de citer tous les changements effectués dans cette partie du manuel, même si une augmentation de ce chapitre au fil des versions est la traduction d'un effort de transparence sur les modifications effectuées.

3.4. **Travaux sur le CdAM**

3.4.1. ***Introduction***

Des adaptations ponctuelles sont faites, comme pour chaque nouvelle version de la classification. Elles visent principalement à créer les actes manquants et à supprimer une orientation dans le groupe 901 « *Actes sans relation avec le diagnostic principal* » quand cela est possible. Pour cette version, il y a également une refonte du champ MU de radiothérapie. Il y a enfin de nouveaux types de *caractéristiques* d'actes qui sont créés.

3.4.2. ***Les modifications du CdAM***

Cette parution se distingue de la précédente (Bulletin officiel n° 97/13 bis) en ce qu'elle comprend deux parties de nature différente.

La première est un additif au champ ALPHA du CdAM BO n° 96/10 bis ; il ne s'agit là que d'une mise à jour visant à en pallier les absences les plus criantes. Elle est conçue comme antérieurement sous forme de fiches à insérer dans le volume n° 96/10 bis, aux endroits indiqués, de façon à disposer d'une édition complète et actualisée de ce document de travail dans un seul et même volume. Les libellés qu'elle contient décrivent des actes que le PERNNS a jugé utile d'inscrire, soit à la suite de demandes identiques de plusieurs utilisateurs, soit en raison d'une réflexion sur l'évolution des pratiques : développement de l'algologie, part de plus en plus grande de la vidéochirurgie dans les interventions sur les organes thoraciques et abdominaux, modification des procédures opératoires dans les affections des glandes parathyroïdes... En aucun cas, cette mise à jour ne prétend fournir l'exhaustivité des libellés manquants, corrigeant simplement les défauts les plus gênants. Il restera donc des situations où l'utilisateur devra coder l'acte effectué « par approximation ».

La seconde est une refonte complète du champ MU de radiothérapie : le fascicule n° 92/4 bis est donc désormais caduc.

Cette actualisation du CdAM doit être comprise comme une satisfaction provisoire des utilisateurs dans l'attente du profond remaniement qui interviendra dans quelques mois avec la publication de la classification commune des actes des professionnels de santé (CCAPS). Elle profite des travaux d'élaboration de cette classification ; les libellés ont été écrits avec les professionnels impliqués dans ce travail. Cependant, les utilisateurs sont mis en garde sur la prudence avec laquelle ils doivent accueillir ces libellés, particulièrement dans le champ MU : en aucun cas, leurs modalités actuelles de rédaction et surtout de présentation ne préjugent de leur rédaction et de leur présentation définitive dans la CCAPS.

Les modifications du CdAM figurent en annexe de ce document.

3.4.3. ***Révision des actes « complémentaires »***

Le CdAM est théoriquement « en fin de vie » puisque la classification commune des actes des professionnels de santé (CCAPS) doit se substituer à ce catalogue au cours de l'année 2001, si aucun retard n'est apporté à sa mise en place. Parmi les différents types d'actes, il y a les actes « complémentaires ». Il s'agit d'actes qui ne peuvent pas être réalisés de manière isolée et qui sont des compléments d'actes spécifiques. L'acte classant sera toujours l'acte complété et non le complément, en revanche, les ICR s'ajouteront.

En prévision de cette règle, les actes « complémentaires » du CdAM (ils sont peu nombreux à être identifiés comme tels) deviennent non classants quand ils l'étaient, à l'exclusion de la CEC.

Le cas des actes « associés »[16] (comme les curages cervicaux par exemple) est différent. En effet, un acte associé conserve son pouvoir classant, puisqu'on fait l'hypothèse qu'il peut orienter le RSS dans un groupe testé avant celui de l'acte auquel il est associé.

Exemple : dans la CMD n° 03 « *Affections des oreilles, du nez, de la gorge, de la bouche et des dents* », certains curages cervicaux orientent le RSS dans le groupe d'interventions majeures, alors que l'acte portant sur la tumeur peut ne pas y conduire.

3.4.4. ***Pouvoir classant des actes d'anesthésie***

Jusqu'à cette version de la classification, les actes d'anesthésie n'étaient pas classants. Ils étaient souvent cités comme des exemples d'actes non classants parce que non significatifs d'une consommation de ressources quand ils accompagnent des actes qui sont toujours réalisés sous anesthésie.

Les travaux effectués sur la CM n° 24 « *Séances et séjours de moins de 24 heures* » pour améliorer les groupes dits « médicaux », ont montré que la présence d'une

[16] Le qualificatif « associé » fait référence au terme utilisé dans le CdAM pour un certain nombre d'interventions qui peuvent être codées en association avec une autre.

anesthésie, autre qu'une anesthésie locale, était un bon critère de segmentation de ces groupes pour isoler des cas en moyenne plus coûteux que les autres. L'intérêt majeur de ce critère est d'éviter la construction de listes d'actes pouvant éventuellement être réalisés sous anesthésie et spécifiques à chaque CMD.

Tous les groupes « médicaux » indéterminés (de type 801, 802, 803...) n'ont pas été segmentés sur ce critère ; seuls ceux qui ont un effectif suffisant de RSS concernés ont été retenus afin de permettre une valorisation correcte des nouveaux GHM.

Les libellés de ces nouveaux GHM n'ont pas cherché à traduire un contenu bien défini compte tenu de la variété rencontrée dans chacun d'eux. Ils ont été écrits sous la forme :
« *Affection de la CMD n° xx, ambulatoire, sans acte opératoire de la CMD n° xx, avec anesthésie* ».

La précision « *sans acte opératoire de la CMD n° xx* » est due à la nouvelle caractéristique d'actes qui va permettre un « reclassement » de certains RSS classés jusqu'à cette version dans le groupe 901 (cf. le point 3.4.5.).

La création de ces groupes a été l'occasion de revoir l'ensemble des libellés des groupes de la CM n° 24 en faisant le choix du numéro de la CMD à laquelle ils se rapportent plutôt qu'au titre complet de celle-ci.

Si dans la version 6 de la classification, le test de la présence d'une anesthésie ne concerne que les séjours de moins de 24 heures, il est utile de prendre l'habitude de coder le type d'anesthésie chaque fois qu'elle est inhabituelle, et surtout dans les cas de très courts séjours. En effet, il n'est pas inconcevable que la CM n° 24 soit appelée à accueillir des séjours de moins de 48 (voire moins de 72 ?) heures dans des versions ultérieures.

3.4.5. ***Reclassement de certains RSS classés en 901***

3.4.5.1. *Rappel sur le groupe 901*

Habituellement considéré comme un groupe « erreur » parce qu'il appartient à la catégorie majeure 90 « *Erreurs et autres séjours inclassables* », le groupe 901 « *Actes sans relation avec le diagnostic principal* » est issu de la classification des DRG qui a servi de base à la classification des GHM. Il est une réponse aux problèmes suivants :

- une insuffisance de la classification (il en assure l'exhaustivité en cas d'indication nouvelle ou inhabituelle d'un acte classant opératoire),

- le fait qu'un acte classant opératoire se rapporte à un DA et non au DP (le tout étant correctement codé et hiérarchisé),

- l'existence de RSS erronés quand il n'y aucune correspondance entre le DP et l'acte, l'erreur pouvant être sur l'une ou l'autre de ces informations.

Seul le deuxième cas nous intéresse ici. Le nombre de RSS concernés n'est pas le même quand on est dans un système de type « mono-RUM » (système de type DRG aux États-Unis), ou dans un système de type « multi-RUM » comme c'est le cas dans les établissements publics en général et dans les CHU en particulier.

On sait depuis longtemps qu'un même cas peut correspondre à un groupage différent selon qu'il est « traduit » dans :

- un RSS mono-RUM qui indique clairement que le DP décrit un RSS médical malgré la présence d'un acte classant opératoire : c'est à juste titre qu'un tel RSS est orienté dans le groupe 901,

- un RSS multi-RUM dans lequel la présence d'un RUM chirurgical (même mineur) reste prépondérant sur un séjour médical (même important) : ce RSS est classé dans un groupe chirurgical, le DP du RUM médical jouant éventuellement un rôle de CMA.

La solution idéale aurait été celle qui donne le même résultat de groupage que le cas soit décrit par un RSS mono-RUM ou par un RSS multi-RUM.

Dans cette version de la classification, la modification effectuée ne porte que sur les cas décrits sous la forme d'un RSS mono-RUM.

Pour résoudre les cas décrits sous la forme d'un RSS multi-RUM, il fallait remettre en cause l'algorithme de choix du DP parmi les DP des différents RUM. Les modifications à effectuer sont relativement complexes si on ne veut pas transformer abusivement des RSS chirurgicaux en RSS médicaux. Elles seront plus faciles à intégrer dans une version ultérieure de la classification dans la mesure où il est envisagé de pouvoir utiliser plus d'un GHM pour décrire un séjour.

3.4.5.2. *Reclassement de certains RSS groupés en 901*

Il est apparu nécessaire de classer différemment un certain nombre de RSS orientés jusqu'à cette version dans le groupe 901 comme une première étape vers la reconnaissance de la prépondérance éventuelle du problème médical sur un problème chirurgical « mineur » quand les deux coexistent dans un même séjour.

L'analyse des bases de données de RSA a permis de constater que les actes qui sont responsables du groupage en 901, parce qu'ils correspondent au traitement d'un DA, ont des caractéristiques communes. Ce sont des actes plutôt « légers » (au regard de l'ensemble des actes du champ alpha du CdAM), et la fréquence de certains d'entre eux permet d'en faire une typologie.

On retrouve très fréquemment :

- des actes diagnostiques exploratoires et/ou biopsie,

- des gestes sur la prostate en cas d'épisode de rétention urinaire au cours d'un séjour globalement expliqué par un autre problème médical,

- des petites exérèses de « surface », quand on profite d'un séjour pour enlever, par exemple, une lésion cutanée.

La liste créée pour cette version est une extrapolation de la typologie décrite ci-dessus. Elle permet à un RSS mono-RUM antérieurement orienté dans le groupe 901 d'être orienté dans un groupe « médical » si **tous les actes** classants opératoires du RSS font partie de la liste des actes « reclassants du groupe 901 ».

La conséquence de cette nouvelle orientation est qu'on ne peut plus affirmer qu'un GHM « médical » est un GHM sans acte classant opératoire : il est un GHM sans acte classant opératoire spécifique de la CMD correspondant au DP. Ceci est vrai, d'une part, dans toutes les CMD où il existait un test d'orientation dans un groupe 901, avant d'orienter dans un groupe médical, et d'autre part, dans la CM n° 24.

Les termes « actes reclassants du groupe 901 » permettent de mieux comprendre l'objectif poursuivi, mais ils ne traduisent pas la réalité puisqu'un simple examen de l'arbre de décision d'une CMD concernée, permet de constater que le RSS ne passe pas dans le groupe 901 avant d'être reclassé, mais qu'un test spécifique lui permet d'y échapper.

3.5. **Modifications de GHM**

3.5.1. ***Création de GHM de radiothérapie dans la CM n° 24***

Cinq GHM de séances de radiothérapie sont créés pour remplacer le GHM n° 682 « *Radiothérapie* ». Il s'agit des :

GHM n° 685 : « *Préparation à une irradiation externe avec dosimétrie tridimensionnelle* »
GHM n° 686 : « *Autre préparation à une irradiation externe* »
GHM n° 687 : « *Techniques spéciales d'irradiation externe, en séances* »
GHM n° 688 : « *Techniques complexes d'irradiation externe, en séances* »
GHM n° 689 : « *Autre type d'irradiation externe, en séances* »

Les consignes de production des résumés de sortie concernant l'activité de radiothérapie font l'objet d'un chapitre particulier.

3.5.2. *Création d'autres GHM*

Outre les GHM de séances de radiothérapie qui sont le résultat d'une étude spécifique, la CM n° 24 présente d'autres nouveautés qui résultent de l'analyse de différentes bases de données : les bases de RSA habituellement utilisées pour faire des propositions d'évolution de la classification (base nationale, base de l'étude de coûts), mais également une base issue d'une expérimentation spécifique à l'activité ambulatoire dans les unités de jour d'établissements de soins volontaires.

3.5.2.1. *Création d'un groupe de séances*

GHM n° 690 « *Transfusion, en séances* » : si le nombre de « séances » n'est pas égal ou supérieure à un, les RSA sont orientés dans le GHM n° 823.

3.5.2.2. *Création de deux groupes transversaux dans la CM n° 24*

Ils sont créés entre les groupes chirurgicaux et les groupes médicaux de la CM n° 24. Le test portant exclusivement sur des actes, ces deux nouveaux GHM pourront contenir des cas erronés sans aucune alerte d'incohérence.

GHM n° 830 « ***Endoscopies sous anesthésie, en ambulatoire*** » : les conditions précises d'orientation dans ce groupe sont explicitées sous le libellé du GHM dans le volume 2 de ce manuel.

GHM n° 831 « *Mise en place de certains accès vasculaires, en ambulatoire* ».

3.5.2.3. *Création de cinq groupes d'actes avec anesthésie dans la CM n° 24*

Le terme d'anesthésie est volontairement utilisé sans qualificatif mais il ne comprend pas les anesthésies locales considérées comme souhaitables, sinon nécessaires dès lors que l'acte effectué peut être à l'origine de douleurs.

Les actes d'anesthésie retenus s'avèrent de très bons marqueurs d'une prise en charge en ambulatoire pour des actes habituellement pratiqués en consultation sous anesthésie locale ou sans anesthésie.

GHM n° 833 « ***Affections de la CMD n° 08 : ambulatoire, sans acte opératoire de la CMD n° 08, avec anesthésie*** »
GHM n° 834 « ***Affections de la CMD n° 09 : ambulatoire, sans acte opératoire de la CMD n° 09, avec anesthésie*** »
GHM n° 835 « ***Affections de la CMD n° 13 : ambulatoire, sans acte opératoire de la CMD n° 13, avec anesthésie*** »
GHM n° 836 « ***Affections de la CMD n° 17 : ambulatoire, sans acte opératoire, avec anesthésie*** »
GHM n° 837 « ***Motifs de recours de la CMD n° 23 : ambulatoire, sans acte* opératoire, *avec anesthésie*** »

3.5.2.4. *Création de deux groupes utilisant le diagnostic relié (DR) dans la CM n° 24*

C'est la seule utilisation qui sera faite du DR dans cette version de la classification qui est la première à recueillir cette information. Il est rappelé ici que dans cette version, en dehors de ces deux groupes, le DR sera lu comme un DA, ce qui ne devrait plus être le cas dans des versions ultérieures. Il est donc important de respecter les règles de choix du DR dès cette version.

Les deux groupes créés sont ceux qui apparaissaient nettement, en termes d'effectif, lors des tests effectués :

GHM n° 838 « *Autres motifs de recours pour infection à VIH, en ambulatoire* »
GHM n° 839 « *Autres motifs de recours chez un patient diabétique, en ambulatoire* »

Il est probable que la réticence à employer correctement un code « Z » en DP, en cas de bilan avec résultat négatif, explique qu'on ne retrouve pas tous les cas que l'on serait en droit d'attendre dans le GHM n° 823 « *Facteurs influant sur l'état de santé et autres motifs de recours aux services de santé : ambulatoire, sans acte opératoire* ». En revanche, on trouve dans ce GHM une majorité de cas qui devraient être classés ailleurs et qui ont été « forcés » avec un diagnostic très imprécis en vue d'améliorer l'exhaustivité.

3.5.2.5. *Création d'un groupe dans la CMD n° 5*

GHM n° 150 « *Endoprothèses coronariennes et vasculaires périphériques* » : Ce GHM regroupe les cas d'endoprothèses vasculaires cardiaques et périphériques mais ne comprend pas les dilatations vasculaires endoluminales isolées. Il ne s'agit donc pas d'un GHM de radiologie interventionnelle.

L'analyse des bases de données a montré que, dans la CMD n° 05 « *Affections de l'appareil circulatoire* », les cas significativement plus coûteux étaient ceux où il y avait une pose d'endoprothèse. Les cas de dilatations vasculaires sont proches des autres cas du GHM dans lequel ils sont classants.

Pour les actes similaires qui sont effectués pour des DP orientant dans la CMD n° 01 « *Affections du système nerveux* », les données disponibles sont insuffisantes pour permettre de créer un GHM analogue dans la CMD n° 01.

3.5.3. ***Suppression de GHM***

GHM n° 026 « *Encéphalopathies hypertensives* » : ce GHM est supprimé en raison de son effectif extrêmement faible depuis que la classification existe, et des problèmes de valorisation que cela pose.

GHM n° 682 « *Radiothérapie* » : ce GHM est supprimé pour être remplacé par cinq nouveaux GHM (cf. le point 5.1.).

3.5.4. *Modifications de libellés de GHM*

Pour tenir compte des remarques des utilisateurs sur l'ambiguïté de quelques libellés de GHM, un certain nombre d'entre eux ont été modifiés. Toutefois, seuls ceux qui paraissaient contradictoires avec leur contenu ont été modifiés. Il est, en effet, la plupart du temps très difficile de « couvrir » correctement le contenu exact d'un GHM ; on essaie, en général, de lui donner un libellé correspondant à la majorité des cas qui le composent.

Les GHM dont le libellé a été modifié sont listés ci-dessous avec les termes modifiés en gras.

- 009 « *Maladies dégénératives du système nerveux, âge **supérieur** à **80** ans* »
- 010 « *Maladies dégénératives du système nerveux, âge **inférieur** à **81** ans* »
- 039 « *Interventions pour affections du système nerveux**, sauf craniotomie**, avec CMAS* »
- 510 « *Interruptions tubaires ~~**non endoscopiques**~~ pour des affections non malignes* »
- 513 « ***Ligatures** tubaires par laparoscopie ou cœlioscopie* »
- 632 « *Éthylisme **aigu*** »

Par ailleurs, tous les libellés de la CM n° 24 ont été revus pour offrir plus de clarté sur les différences qui existent entre eux, et tous les libellés du type « âge supérieur à 69 ans et/ou CMA », lorsqu'ils appartiennent à un « trio de GHM » du type : « < 18 ans, 18 à 60 ans sans CMA, > 69 ans et/ou CMA », ont été modifiés en « âge de 18 à 69 ans avec CMA, ou âge supérieur à 69 ans ».

3.5.5 *Déplacement de GHM*

Pour la première fois, quelques GHM ont été « déplacés » dans l'arbre de décision d'une CMD.

Cette modification a été faite à partir des remarques d'utilisateurs de la classification.

Le GHM « déplacé » avait, en général, une valorisation en points ISA inférieure à celui ou à ceux qui étaient placés après lui.

La modification effectuée peut être à l'origine d'une augmentation de la valorisation des GHM déplacés parce que leur contenu n'est plus le même. C'est la raison pour laquelle les changements effectués se sont appuyés sur une analyse statistique afin d'avoir la certitude que l'ordre nouveau des tests améliorait la part de variance expliquée au sein de la CMD modifiée.

4. RÈGLES DE CODAGE CIM 10

4.1. **Introduction**

Le PERNNS est régulièrement sollicité pour des problèmes de codage dont certains sont extrêmement récurrents. Ils sont, en général, la preuve que la synthèse des règles d'utilisation de la CIM avec celles du choix du DP dans le guide méthodologique du PMSI (Bulletin officiel n° 96/13 bis) peut poser quelques difficultés qui sont à l'origine de divergences parfois importantes dans les pratiques de codage.

Il est donc apparu utile d'inscrire dans le manuel des GHM des consignes de codage pour les problèmes le plus souvent rencontrés. Elles s'appuient sur les réponses qui ont pu être faites par le PERNNS, mais elles résultent aussi d'une réflexion supplémentaire rendue nécessaire par le constat de quelques divergences quand on analyse des réponses faites au fil du temps (comme par exemple le codage d'une naissance par césarienne pour un nouveau-né normal). Ces règles cherchent à rester proches de celles de l'OMS qui figurent dans le volume 2 de la CIM, avec pour objectif une interprétation unique des possibilités offertes.

4.2. **Les séquelles**

La CIM définit les séquelles comme des « états pathologiques stables, conséquences d'affections qui ne sont plus en phase active » (volume 2 page 28).

Elle précise (ib. page 101) : « Si un épisode de soins se rapporte au traitement ou aux examens entrepris pour une affection résiduelle (séquelle) d'une maladie qui n'existe plus, on décrira la nature de la séquelle de manière exhaustive et on en donnera l'origine... ».

Page 106 : « La CIM fournit un certain nombre de catégories intitulées « Séquelles de... » (B90-B94, E64. -, E68, G09, I69.-, O97, T90-T98, Y85-Y89). Celles-ci peuvent être utilisées, pour coder les conséquences des affections qui ne sont pas elles-mêmes présentes lors de l'épisode de soins, comme causes du problème justifiant les soins ou les examens. Le code retenu pour « affection principale » doit être celui qui désigne la nature des séquelles elles-mêmes, auquel on peut ajouter le code « Séquelles de... » ».

Le mot « séquelle » pose donc deux questions : celle de sa définition pour l'OMS (en d'autres termes : quand employer un code de séquelle ?) et celle des règles d'emploi des codes correspondants (en d'autres termes : comment employer les codes de séquelle ?).

4.2.1. *Quand employer un code de séquelle ?*

Des notes figurent dans la table analytique (volume 1) sous les titres des groupes ou catégories B90-B94, G09, I69, T90-T98 et Y85-Y89, qui complètent les définitions du volume 2. Finalement, doivent être considérés et codés comme des séquelles :

- « les états précisés comme tels », c'est-à-dire les situations dans lesquelles l'information à coder contient explicitement le terme « séquelle »,

- en l'absence de la mention explicite de séquelle, « il suffit.... que l'affection causale soit décrite comme étant « ancienne », « stabilisée », etc.[17] ou que les affections résultantes soient décrites comme « complications tardives de... ». Il n'y a pas d'intervalle de temps minimum » (volume 2 page 106).

Un délai « d'un an ou plus après le début de la maladie » est cité dans les notes concernant certaines rubriques : G09, I69, T90-T98, Y85-Y89. Il n'y a pas lieu d'en tenir compte : il concerne les règles de codage de la mortalité et son sens est indiqué à la page 75 du volume 2 : « pour certaines affections, les décès se produisant un an ou plus après le début de la maladie ou du traumatisme sont supposés être dus à une séquelle ou à un effet tardif de l'affection, bien qu'aucune séquelle ne soit explicitement indiquée ». Sont donc concernées des situations dans lesquelles il n'est pas reconnu d'autre cause au décès.

En conclusion, la notion de séquelle peut être retenue et codée :

- chaque fois qu'elle est explicitement mentionnée ;

- et, dans les autres cas, lorsqu'une atteinte est désignée comme effet, conséquence ou complication (précisé ou non « tardif ») d'une affection qualifiée d'ancienne, de stabilisée, de guérie ou par un autre terme d'acception équivalente, quel que soit le délai écoulé depuis son début.

L'exemple 17 donné page 106 du volume 2 de la CIM témoigne de la souplesse d'emploi des codes de séquelles et de l'absence de signification du délai d'un an en morbidité.

La CIM donne ainsi aux gestionnaires de l'information médicale les éléments nécessaires pour choisir entre le codage d'une maladie présente ou d'un état séquellaire. Il n'en reste pas moins souhaitable qu'ils recourent autant que de besoin à l'aide du médecin ayant donné les soins au malade et qu'ils sensibilisent leurs confrères cliniciens à l'utilisation appropriée de la notion de séquelle.

---

[17] Page 75 du volume 2 sont aussi indiqués les termes « guérie », « inactive », « latente ».

4.2.2. *Comment employer les codes de séquelles ?*

On comprendra les codes de séquelles comme étant de sens étiologique, et on donnera la priorité au code qui correspond à leur nature. Le code « étiologique » peut être un DR s'il s'agit du codage de l'affection principale puisqu'une séquelle peut être assimilée à une affection chronique ou de longue durée.

Exemples :

« Salpingite tuberculeuse il y a dix ans, responsable d'une stérilité » : on codera d'abord la stérilité et on lui associera la séquelle de tuberculose : N97.1, B90.1

« Monoplégie d'un membre inférieur séquellaire d'une poliomyélite » : on codera d'abord la monoplégie et on lui associera la séquelle de poliomyélite : G83.1, B91

« Épilepsie généralisée séquellaire d'un infarctus cérébral » : on codera d'abord l'épilepsie et on lui associera la séquelle d'infarctus cérébral : G40.3, I69.3

Les catégories Y85-Y89 (chapitre XX) permettent de coder l'origine des séquelles. Il est recommandé de les utiliser chaque fois que l'information nécessaire existe.

Exemple :

Épilepsie généralisée séquellaire d'un traumatisme intracrânien dû à un accident de voiture : le codage associe G40.3, T90.5 et Y85.0.

4.3. **Les complications des actes médico-chirurgicaux**

Pour leur codage, on utilise aujourd'hui le plus souvent le groupe T80-T88 « *Complications de soins chirurgicaux et médicaux, non classées ailleurs* ». Par exemple, il est habituel de voir coder T80.1 une phlébite superficielle d'un membre supérieur due à une perfusion, T81.0 une hémorragie postopératoire, T81.4 un abcès pariétal ou une autre infection postopératoire, T84.8 une phlébothrombose profonde après mise en place d'une prothèse articulaire ou de matériel d'ostéosynthèse, etc.

Lorsque la complication a mobilisé la totalité ou l'essentiel des soins, le code du groupe T80-T88 est employé seul, ou bien associé à un code d'un autre chapitre correspondant plus précisément à la nature de la complication. Cela dépend aujourd'hui de la précision du code T et des habitudes du codeur.

Le volume 2 de la CIM présente pages 107-108 les rubriques destinées au codage des complications des actes médico-chirurgicaux : « Il existe dans le chapitre XIX (T80-T88) des catégories pour certaines complications liées à des actes chirurgicaux et à d'autres actes, par exemple : infections d'une plaie chirurgicale, complications mécaniques d'implants, choc, etc. La plupart des chapitres relatifs aux divers systèmes, appareils et organes contiennent également des catégories pour les accidents qui sont soit des conséquences d'actes et de techniques particuliers, soit le résultat de l'ablation

d'un organe, par exemple, syndrome de lymphœdème post-mastectomie, hypothyroïdie après irradiation. Certaines affections (par exemple pneumopathie, embolie pulmonaire) qui peuvent apparaître dans la période qui suit un acte médical ou chirurgical ne sont pas considérées comme des entités particulières et sont, de ce fait, classées de la façon habituelle... ».

Les recommandations qui suivent s'appuient :

• sur la recommandation donnée page 105 du volume 2 : « Il est recommandé, pour les traumatismes et autres affections dues à des causes externes, de coder tant la nature de l'affection que les circonstances de la cause externe. Le code préféré pour « l'affection principale » devrait être celui qui désigne la nature de l'affection ».

• et sur la règle MB4 pour le choix de l'affection principale (ib. page 109) : « Lorsque le diagnostic enregistré comme « affection principale » décrit une affection en termes généraux et qu'un terme donnant des informations plus précises sur le siège ou la nature de l'affection est enregistré ailleurs, choisir ce dernier comme « affection principale », si cela n'entraîne pas une perte d'information ».

4.3.1. *Les codes du groupe T80-T88*

Ils doivent être employés lorsqu'ils apportent le meilleur niveau de précision, c'est-à-dire lorsque la CIM n'offre pas ailleurs une possibilité de codage plus précis, notamment selon la nature de la complication[18].

Des sous-catégories telles que « *Embolie gazeuse consécutive à une injection thérapeutique...* » (T80 .0) ou « *Choc anaphylactique dû au sérum* » (T80.5) contiennent la manifestation (embolie gazeuse, choc) et son étiologie (injection, administration de sérum). Les sous-catégories des complications mécaniques de prothèse (T82.0 à T82.5, T83.0 à T83.4, T84.0 à T84.4, T85.0 à T85.6) sont comparables. Il n'existe pas d'autre code dans la CIM qui permettrait d'enregistrer une information aussi complète plus précise.

Exemples :
Déplacement d'une électrode de stimulation cardiaque : T82.1

Luxation d'une prothèse de hanche : T84.0

Névrome sur moignon d'amputation de jambe : T87.3

En revanche, plusieurs sous-catégories sont imprécises. Il s'agit notamment de T80.2, T81.4, T83.5 et T83.6, T84.5 à T84.7, T88.0 et T88.1, T88.7 et toutes les sous-

[18] Rappel du titre du groupe : « complications de soins chirurgicaux et médicaux, **non classées ailleurs** ».

catégories de la forme T8–.8[19]. On leur préférera chaque fois que possible un codage selon la nature de la complication et, si possible, on enregistrera la circonstance iatrogénique en associant un code du chapitre XX[20].

Exemples :
Phlébite superficielle du membre supérieur due à une perfusion : I80.8, Y84.8

Septicémie à staphylocoque consécutive à une perfusion : A41.2, Y64.0

Hémorragie après extractions dentaires : K08.8, Y83.6

Abcès de paroi après appendicectomie : L02.2, Y83.6

Abcès sous-phrénique après cholécystectomie : K65.0, Y83.6

Thrombose d'un pontage artériel synthétique fémoro-poplité : I74.3, Y83.1

Remarque : la mention d'un code du groupe T80-T88 comme diagnostic associé significatif, en complément de celui de la complication (par exemple « abcès de paroi après cholécystectomie : L02.2, T81.4 ») est redondante mais n'a pas lieu d'être interdite pour le moment car certains d'entre eux sont des CMA. En effet :

• d'une part, pour le codage des complications des actes médico-chirurgicaux, l'index alphabétique de la CIM renvoie aujourd'hui aux codes du groupe T80-T88, y compris à ceux qui sont imprécis; imposer les règles de codage présentées ci-dessus nécessite que l'index alphabétique soit au préalable modifié en conséquence ;

• d'autre part, les codes du chapitre XX de la CIM sont actuellement ignorés par l'algorithme de classement en GHM. Leur prise en compte nécessiterait de leur accorder les caractéristiques classantes des codes T. Cela demande des travaux particuliers, non faits à la date de rédaction de ces lignes.

En conséquence, les recommandations ci-dessus visent à promouvoir les bonnes règles de codage des complications des actes médico-chirurgicaux. Elles sont en accord avec les préconisations de la CIM et sont garantes, en termes de classement en GHM, d'une orientation des RSS conforme aux motifs de prise en charge.

Par exemple, une endocardite sur prothèse valvulaire codée I33.0[21] oriente dans la CMD n° 5 des affections de l'appareil circulatoire alors que T82.6 oriente dans la CMD n° 21 « *Traumatismes, allergie et empoisonnement* ».

---

19 Les sous-catégories T8–.9 ne sont pas acceptables et sont désormais interdites comme diagnostic principal.
20 S'agissant de complications dues à des actes effectués dans des établissements d'hospitalisation, le codage peut être chaque fois complété par Y95.
21 Complétée par Y83.1.

4.3.2. *Les catégories « Atteintes [troubles] [affections] de l'appareil... après un acte à visée diagnostique et thérapeutique, non classées ailleurs* »

Les sous-catégories contiennent habituellement une manifestation précise et son étiologie.

Exemples :
Lymphœdème après mastectomie : I97.2

Insuffisance pulmonaire aiguë après intervention chirurgicale thoracique : J95.1[22]

Mais celles codées .8 et .9 telles que « *Autres troubles de l'appareil circulatoire après un acte à visée diagnostique et thérapeutique...* » (I97.8) et « *Autres troubles respiratoires après un acte à visée diagnostique et thérapeutique...* » (J95.8) sont regroupantes et imprécises. Leur usage doit être évité. Une information orientant vers la sous-catégorie .9 doit faire rechercher davantage de précision. La sous-catégorie .8 ne doit pas être utilisée pour classer indifféremment les complications touchant l'appareil concerné, absentes des sous-catégories qui les précèdent : il faut préférer les codes « habituels » de la CIM[23] . Si possible, l'enregistrement associé des circonstances iatrogéniques au moyen du chapitre XX est également recommandé. Voir les exemples du point 4.3.3. ci-après.

Remarque : la mention d'un code du groupe T80-T88 comme diagnostic associé significatif, en complément de celui d'une catégorie « *Atteintes [Troubles] [Affections] de l'appareil... après un acte à visée...* » serait également redondante et n'a pas lieu d'être interdite pour le moment.

4.3.3. *Les codes « habituels » de la CIM*

Le volume 2 désigne ainsi les autres codes des chapitres I à XIX. On les emploiera de préférence à un code T imprécis ou à un code .8 d'une catégorie « Atteintes [Troubles] [Affections] de l'appareil... après un acte à visée... ».

Les affections qui correspondent à ces codes peuvent compliquer un acte médico-chirurgical, mais elles sont aussi susceptibles d'apparaître indépendamment de tout contexte iatrogénique. La CIM donne pour exemples : pneumopathie, embolie pulmonaire. On peut ajouter : anémie, infection urinaire, ulcère gastroduodénal « de stress », etc.

[22] On en rapprochera les complications d'actes classées dans le chapitre XV « Grossesse, accouchement et puerpéralité » : quatrièmes caractères des catégories O03-O06 et O08 pour les avortements, catégories O29, O74... Leur emploi s'impose pour le dossier de la mère pendant la grossesse, le travail, l'accouchement et la puerpéralité. Par exemple : « suppuration d'une cicatrice de césarienne : O86.0 ». Ils peuvent être complétés avec le chapitre XX.

[23] Rappel du titre : « atteintes [troubles] [affections] de l'appareil... après un acte à visée diagnostique et thérapeutique, **non classées ailleurs** ».

Toutefois, ces codes correspondent à la seule nature de la complication : utilisés isolément, ils laissent dans l'ignorance de son origine iatrogénique. Seul l'emploi du chapitre XX permet d'enregistrer celle-ci.

Exemples :

Pneumonie postopératoire : J18.9 (non J95.8), Y83.–

Ulcère gastrique « de stress » postopératoire : K25.3 (non K91.8), Y83.–

Infarctus du myocarde postopératoire : I21.– (non I97.8), Y83.–

4.3.4. *Conclusion à propos du codage des complications*

Les complications des actes médicaux et chirurgicaux doivent faire appel chaque fois que possible à un codage :

- en manifestation (nature de la complication) et en étiologie (circonstances d'origine),
- fournissant la meilleure précision possible pour la manifestation.

Cette double exigence peut être satisfaite par l'emploi d'un code unique : code T (à l'exclusion des codes imprécis répertoriés au point 4.3.1.) ou code d'une catégorie « Atteintes [Troubles] [Affections] de l'appareil... après un acte à visée... », à l'exclusion des subdivisions .8 et .9. Si le système d'information le permet, on aura avantage à utiliser un(des) code(s) du chapitre XX à titre complémentaire[24].

Dans les autres cas, il faut utiliser les autres codes des chapitres I à XIX (les « codes habituels ») de la CIM. Ils codent la nature de la complication, et son origine iatrogénique ne peut être enregistrée qu'au moyen du chapitre XX.

Exemples :

Éviscération après cholécystectomie : T81.3, Y83.6

Insuffisance respiratoire aiguë après pneumonectomie : J95.1, Y83.6

Abcès par perforation du sigmoïde lors d'une coloscopie : K65.0, Y60.4

Dans les cas de complications infectieuses, il est recommandé de coder le germe avec les catégories B95-B96.

---

[24] Rappel : s'agissant de complications dues à des actes effectués dans des établissements d'hospitalisation, le codage peut être chaque fois complété par Y95.

Exemples :

Cystite à colibacille postopératoire : N30.0, B96.2, Y83.–

Abcès de paroi à staphylocoque doré après appendicectomie : L02.2, B95.6, Y83.6

Suppuration à staphylocoque d'une cicatrice de césarienne : O86.0, B95.8, Y83.8

Rappel : les codes du chapitre XX et ceux des catégories B95-B97 ne peuvent pas être utilisés pour le diagnostic principal.

Suivre ou non les recommandations concernant l'emploi du chapitre XX reste sans conséquence au regard de la version 6 de la classification des GHM puisque ces codes ne sont toujours pas utilisés dans le processus algorithmique. Aujourd'hui, elles s'inscrivent dans le cadre plus large de la médicalisation des systèmes d'information, dont l'utilisation ne se limite plus à l'obtention de l'éventail des cas aux fins d'allocation des ressources. Pour l'avenir, elles permettent d'envisager une éventuelle prise en compte des codes du chapitre XX dans l'algorithme des classifications médico-économiques.

4.4. **Codage des intoxications par les médicaments**

La définition du diagnostic principal est souvent utilisée pour justifier le codage du symptôme engendré par une intoxication médicamenteuse volontaire, au lieu d'employer son code T (T36-T50).

Le « coma » (terme sans doute employé de manière générique pour les troubles de la conscience classés dans la catégorie R40) après prise de psychotrope en est un exemple fréquent. Il est souvent avancé que « c'est le coma qui a mobilisé l'essentiel des soins » pour le coder comme diagnostic principal, l'intoxication (le code T) étant mentionnée comme diagnostic associé. Le résultat est le classement du RSS dans le GHM n° 27 « *Troubles de la conscience et comas d'origine non traumatique* ».

Cette attitude est erronée : d'une part, le symptôme R40.– n'a pas à être choisi pour diagnostic principal alors que sa cause, l'intoxication, est diagnostiquée, d'autre part le contenu du GHM n° 027 correspond à des affections dont la cause est ignorée. Ainsi :

- pour une intoxication volontaire par prise de Digoxine à l'origine d'une bradycardie, le DP n'est pas celle-ci mais l'intoxication dont la bradycardie est un symptôme normal ;

- de même, pour une intoxication volontaire par prise de psychotrope sédatif ou hypnotique à l'origine de troubles de la conscience, le DP est l'intoxication par le produit.

En effet, les codes T d'intoxication incluent les effets des produits utilisés. En témoignent :

- les notes d'inclusion et d'exclusion qui figurent sous l'intitulé du groupe T36-T50 à la page 1042 du volume 1 de la CIM. Elles distinguent clairement deux situations, l'une de prise erronée ou avec surdosage, l'autre « d'effets indésirables de la substance appropriée administrée correctement ». Seule la seconde, c'est-à-dire l'usage thérapeutique, doit être codée selon la nature de l'effet ; la première renvoie aux codes T36-T50 ;

- l'index alphabétique qui, pour l'**effet** d'un médicament pris par erreur ou avec un surdosage renvoie aux codes T : à T50.9 pour « médicament » sans précision, et à la table des effets nocifs si la substance est précisée ;

- les catégories T51 à T78 dont les intitulés précisent « Effet(s) de... ».

On observera néanmoins que ces dernières excluent les brûlures et les corrosions et certains « effets toxiques localisés classés ailleurs » (cf. notamment les notes d'exclusion sous les intitulés du groupe T51-T65 et des catégories T66 et T67).

Les symptômes et les complications des intoxications doivent être codés en DAS, s'ils expliquent l'effort de soins ou la consommation de ressources.

Ce qui vient d'être dit à propos des intoxications volontaires vaut également pour les intoxications accidentelles. Elles utilisent de façon identique les codes des catégories T36 à T50. Un code associé du chapitre XX de la CIM permet d'enregistrer la distinction entre les deux circonstances.

En revanche, comme il est écrit dans les notes d'inclusion et d'exclusion qui figurent sous l'intitulé du groupe T36-T50 à la page 1042 du volume 1 de la CIM, les effets indésirables d'une « substance appropriée administrée correctement » doivent être codés selon la nature de l'effet. Dans ce cas, sa nature iatrogénique ne peut être codée que si l'on emploie le chapitre XX.

Les codes T36 à T50 doivent toujours être employés pour les intoxications médicamenteuses accidentelles et volontaires, jamais pour les effets secondaires des médicaments correctement administrés. Quant aux premières, un code du chapitre XX permet de distinguer les deux circonstances. Quant aux derniers, il est impossible d'enregistrer leur origine iatrogénique sans utiliser le chapitre XX.

4.5. Codage des antécédents

On trouve dans le chapitre XXI de la CIM 10 des catégories (Z80 à Z92) permettant de coder explicitement la notion d'antécédents.

On notera que les pathologies qui entraînent habituellement des séquelles font partie des exclusions de ces catégories.

Exemple :
Z86.1 « *Antécédents personnels de maladies infectieuses et parasitaires* » exclut les séquelles de maladies infectieuses et parasitaires.

Z86.7 « *Antécédents personnels de maladies de l'appareil circulatoire* » exclut l'infarctus ancien, les séquelles de maladies cérébro-vasculaires et le syndrome post-infarctus.

Le seul problème que pose l'utilisation de ces catégories d'antécédents, en général, et d'antécédents personnels, en particulier, est celui de la définition du terme « antécédent ».

On retient comme définition le fait qu'il s'agit d'une affection ancienne n'existant plus au moment du séjour concerné par le recueil d'information, dès lors le problème ne se limite plus qu'aux antécédents personnels de tumeur maligne.

C'est, en effet, pour ces affections que la question se pose : à partir de quand un cancer peut-il être considéré comme un antécédent ?

Faute de la production, par les spécialistes, d'un document répertoriant, pour les principaux cancers, la durée à partir de laquelle une rémission peut faire considérer une tumeur comme un antécédent, nombre de codeurs se réfèrent au délai de cinq ans.

Cette notion est de tradition purement orale. Elle n'a jamais figuré dans aucun document officiel et elle est médicalement erronée puisque la durée à partir de laquelle une rémission autorise à parler d'antécédent de cancer varie, en fonction notamment de l'organe atteint.

Il est donc déconseillé de se référer à ce délai. Le choix entre « cancer » et « antécédent de cancer » est d'abord une question médicale, il n'est jamais le choix d'un codeur au vu d'informations du type « cancer datant de 3 ans » ou « cancer datant de 10 ans ». Si un clinicien estime qu'un cancer « extirpé chirurgicalement dans sa totalité » est devenu un antécédent, il faut le coder avec la catégorie Z85 de la CIM. S'il considère, au contraire, qu'il est trop tôt pour parler d'antécédent, il faut l'enregistrer comme présent au moyen du code adapté du chapitre II de la CIM.

4.6. **Utilisation des codes P00 à P04.- Chapitre XVI de la CIM 10**

Une note d'inclusion placée sous le titre du groupe P00-P04 « *Fœtus et nouveau-né affectés par des troubles maternels et par des complications de la grossesse, du travail et de l'accouchement* » (CIM, volume 1, chapitre XVI) fixe des conditions très restrictives à l'emploi de ces codes : ce groupe « comprend les affections maternelles mentionnées

seulement si elles sont précisées comme étant la cause de mortalité ou de morbidité du fœtus ou du nouveau-né ».

Il est apparu que cette contrainte empêchait de recueillir des informations nécessaires pour expliquer les consommations de ressources inhabituelles de certains séjours de nouveau-nés.

Par exemple, dans le cas d'une naissance par césarienne, un nouveau-né en parfaite santé voit sa durée de séjour augmentée du seul fait de la prolongation de l'hospitalisation de sa mère. Si on allègue la contrainte ci-dessus pour ne pas employer le code P03.4, aucune information du résumé de sortie du nouveau-né n'explique l'allongement du séjour.

En conséquence, il faut étendre l'utilisation des codes P00-P04 aux circonstances dans lesquelles les états mentionnés ont été cause de mortalité, de morbidité **ou de soins supplémentaires** au nouveau-né.

Par ailleurs, on constate une large utilisation des codes du chapitre XVI pour des nouveau-nés dont les autres caractéristiques du séjour ne permettent pas de penser qu'il s'agit d'un nouveau-né « à problème ». Il s'agit probablement, dans certains cas, d'une utilisation de type « documentaire ». Il est particulièrement important, compte tenu de l'arbre de décision de la CMD n° 15 « *Nouveau-nés, prématurés et affections de la période périnatale* » que les codes retenus pour décrire un nouveau-né (et pas seulement son séjour) soient enregistrés correctement comme DAS ou DAD.

Cette réflexion s'applique également à l'ensemble des codes des autres chapitres utilisés pour décrire le séjour d'un nouveau-né.

5 MODIFICATION DE CERTAINES RÈGLES DE PRODUCTION DES RSS

5.1. **Consignes pour la production des résumés de sortie concernant l'activité de radiothérapie**

5.1.1. ***Rappels concernant la traduction de l'activité de radiothérapie par la classification des GHM***

Jusqu'à la version 5 de la classification des GHM, l'activité de radiothérapie développée par les établissements et services de radiothérapie était traduite d'une manière jugée insatisfaisante par les professionnels. Ainsi, outre les actes de radiothérapie portés sur les résumés de sortie des hospitalisations pour d'autres motifs que la radiothérapie (actes codés au demeurant au moyen d'un catalogue d'actes lui même peu descriptif), la version 5 comportait un GHM (n° 592) de « radiothérapie et surveillance », regroupant les séjours en hospitalisation complète, et un GHM « séance de radiothérapie » (n° 682) regroupant les séances de radiothérapie. Au total, s'agissant de traitements essentiellement délivrés en ambulatoire, un seul GHM était censé décrire plus de 80% de cette activité.

La version 6 de la classification des GHM comporte une indéniable amélioration de la description de cette activité, laquelle représente par ailleurs l'un des traitements majeurs du cancer en France (sur 240 000 nouveaux cas de cancer annuels, plus de 60 % sont traités par radiothérapie locorégionale). Ainsi, cinq GHM permettent désormais de décrire l'activité de radiothérapie délivrée sur un mode ambulatoire : deux GHM de **préparation d'irradiation** (GHM n° 685 et 686), et trois GHM d'**irradiation** (n° 687, 688 et 689).

GHM n° 685 : « *Préparation à une irradiation externe avec une dosimétrie tridimensionnelle* »
GHM n° 686 : « *Autres préparations à une irradiation externe* »
GHM n° 687 : « *Techniques spéciales d'irradiation externe, en séances* »
GHM n° 688 : « *Techniques complexes d'irradiation externe, en séances* »
GHM n° 689 : « *Autres techniques d'irradiation externe, en séances* »

5.1.2. ***Consignes pour l'élaboration des résumés de sortie concernant l'activité de radiothérapie***

Ces consignes concernent donc l'activité de radiothérapie délivrée sur un mode ambulatoire[25]. Pour toutes les irradiations nécessitant une hospitalisation, les règles de production du résumé de sortie sont identiques à celles des autres séjours hospitaliers. Pour les irradiations délivrées ponctuellement au cours d'une hospitalisation pour un autre motif (que celui de l'irradiation), voir le paragraphe 5.1.2.3. ci-dessous.

[25] À ce titre, il est à noter qu'elles ne concernent pas les établissements privés de statut commercial. Pour ces établissements en effet, l'activité de radiothérapie délivrée sur un mode ambulatoire est actuellement hors champ PMSI, de par son mode de facturation.

5.1.2.1. *Le résumé standardisé de préparation (RSP)*

Le résumé standardisé de préparation **d'irradiation** constitue une nouveauté dans le recueil d'information et la description d'activité des établissements de santé concernés[26]. De nature différente de celle des autres résumés du PMSI, il doit être conçu, non comme un résumé de sortie, mais au contraire comme un support de description de la préparation d'irradiation dans son intégralité. Il présente les propriétés suivantes :

- Il est élaboré à la fin du traitement de radiothérapie, c'est-à-dire après que la dernière séance d'irradiation a eu lieu.

- Il est unique pour chaque patient bénéficiant d'un traitement de radiothérapie. À ce titre, il reprend l'ensemble des actes de préparation d'irradiation (acquisition des données anatomiques, dosimétrie, simulation…), quelles que soient les conditions de prise en charge hospitalières (ambulatoire ou hospitalisation) dans lesquelles chacun de ces actes a été réalisé. En d'autres termes, le résumé standardisé de préparation est en fait un récapitulatif de tous les actes de préparation réalisés pour le traitement d'un patient donné. Il s'appuie donc utilement sur le dossier médical du patient et particulièrement sur le document de suivi propre au service de radiothérapie.

Cas particuliers :

- Le cas des reprises de préparation n'est pas à traiter différemment : le résumé de préparation d'irradiation doit comporter l'ensemble des actes de préparation réalisés pour un patient donné. Dans les cas de reprises, il comportera donc les actes de première préparation, ainsi que ceux de la seconde (voire troisième) préparation.[27]

- Dans le cas d'une radiothérapie réalisée en hospitalisation, un résumé de sortie d'hospitalisation est réalisé selon les règles habituelles pour traduire la séquence d'irradiation. Un RSP sera en outre élaboré, à condition que cette préparation ait eu lieu en un temps différent de celui de l'hospitalisation.

Néanmoins, dans le cas très particulier (et relativement rare) où, à la fois la totalité de la préparation et l'irradiation ont lieu dans le même temps d'hospitalisation (situation clinique répondant généralement à un séjour classé en GHM n° 592), **on ne réalisera pas de résumé standardisé de préparation**. En revanche, il importe alors que les actes de préparation soient portés sur le RSS d'hospitalisation. Seule

---

[26] Voir note n° 24.

[27] Sur le plan de la prise en compte de ces reprises de préparation, il est à noter que lors du groupage, c'est la préparation la plus lourde qui déterminera le GHM d'affectation. Par ailleurs, par construction du modèle de l'étude nationale des coûts par activité médicale, la valorisation des GHM de préparation tiendra compte du fait que, dans un pourcentage de cas défini, les préparations d'irradiation comportent un temps de reprise.

la mention de ces actes sur le RSS d'hospitalisation permettra en effet, lors d'une prochaine évolution de la classification, d'observer si le GHM d'accueil de ces séjours a lieu d'être scindé pour isoler par exemple les irradiations en hospitalisation avec ou sans préparation (voir à ce sujet le point 5.1.2.3.).

En pratique, comment remplir un résumé standardisé de préparation ?

- Le diagnostic principal est le code **Z51.00**, code CIM-10 étendu pour la circonstance, signifiant « séance de préparation de radiothérapie »[28]

- Conformément aux possibilités offertes par le nouveau format du RUM, on notera la tumeur en diagnostic relié

- La date d'entrée est la date de première venue pour préparation

- ***Par convention***, la date de sortie est la date de la première séance d'irradiation (même si, de fait, ce n'est pas le cas)

Attention : rappelons ici encore que le RSP est unique pour le traitement d'un patient donné. En conséquence, il n'y a pas lieu de s'attacher au problème de périodicité calendaire s'agissant de résumés de préparation.

A titre d'exemple, une préparation commencée le 30 juin et achevée en juillet, avec une première séance d'irradiation réalisée le 15 juillet ne donnera lieu à l'élaboration que d'un seul RSP, dont la date d'entrée sera le 30 juin, et la date de sortie le 15 juillet.

- Par convention encore, on remplira l'item « nombre de séances » du RSS, en y portant un chiffre supérieur ou égal à « 1 ». L'effet de cette consigne est en effet de rattacher tous les résumés standardisés de préparation à la CM n° 24.

Attention : l'oubli de cette consigne (item non renseigné ou égal à « 0 ») aura pour effet d'orienter le résumé dans un groupe erreur (voir le point 5.1.3.).

- Les actes portés sont les actes de préparation d'irradiation, codés au moyen du nouveau catalogue des actes de radiothérapie (CdAM – champ MU), valable à compter du 1er janvier 2000.

Note : seuls les actes de dosimétrie sont classants. Néanmoins, afin de permettre l'évolution et la maintenance de la classification des GHM, ou encore afin de profiter de ce résumé d'un genre nouveau dans un but de recensement ou de comparaisons de pratiques, il est recommandé de coder tous les actes de préparation.

---

[28] Attention, l'usage du code Z51.0, « séance de radiothérapie » est désormais interdit. Voir le paragraphe 5.1.2.3. « *Consignes générales* », à ce sujet.

5.1.2.2. *Le RSS-séance d'irradiation*

Les séances d'irradiation répondent à la définition des séances au sens PMSI, puisqu'il s'agit de venues (ici dans le service de radiothérapie), d'une durée inférieure à 24 heures, impliquant habituellement la fréquentation itérative du service concerné, dans un but thérapeutique.

Conformément au guide méthodologique de production des résumés de sortie du PMSI, un RSS «séances» sera donc systématiquement produit dans le cas des séances de radiothérapie, même si aucune admission dans l'établissement n'est prononcée.

De même que pour les autres séances, il est alors admis :

- soit d'élaborer un RSS à chaque séance d'irradiation

- soit d'élaborer un « RSS-séance » compilant des séances identiques. Il convient de considérer comme identiques des séances dont les actes d'irradiation sont identiques. Cette consigne implique donc de changer de RSS-séance chaque fois que l'acte d'irradiation change.

En pratique, comment remplir un RSS-séance d'irradiation ?

Deux cas doivent donc être distingués selon l'option privilégiée par l'établissement et/ou le service de radiothérapie :

Cas n° 1 : un RSS pour chaque séance :

- Le diagnostic principal est le code Z51.01, code CIM-10 étendu pour la circonstance, signifiant « *séance d'irradiation* »[29].
- On porte le code tumeur en diagnostic relié
- La date d'entrée est égale à la date de sortie, et égale à la date de réalisation de la séance.
- L'acte porté est l'acte d'irradiation réalisé au cours de la séance, codé au moyen du nouveau catalogue des actes de radiothérapie.
- L'item « nombre de séances » est renseigné et égal à « 1 »

Cas n° 2 : un RSS-séance compilant plusieurs séances d'irradiation

- Le diagnostic principal est le code « Z51.01 »
- On porte le code tumeur en diagnostic relié
- La date d'entrée est la date de la première séance
- La date de sortie est la date de la dernière séance comportant le même acte d'irradiation, (ou la date imposée par la définition de la période –mois, trimestre, semestre- choisie pour l'élaboration du RSS-séance – *voir à ce sujet l'additif au guide*

[29] Voir note n° 27.

méthodologique de production des résumés de sortie du PMSI, BO n° 96/13 bis, « gestion des séances », p 64)
- L'acte porté est l'acte d'irradiation, identique, réalisé à chacune des séances traduites par ce RSS-séance
- L'item « nombre de séances » est renseigné et strictement supérieur à « 1 ».

5.1.2.3. *Consignes générales*

- Le code CIM-10 Z51.0 « Séance de radiothérapie » est désormais interdit d'utilisation pour tous les résumés de sortie du PMSI. Il convient d'utiliser l'un de ses deux codes «fils » : Z51.00 (séance de préparation d'irradiation) ou Z51.01 (séance d'irradiation).

- Le RSS-préparation et le (ou les) RSS-séances concernant un même patient comportent des numéros de RSS obligatoirement différents.

- **Il ne peut être comptabilisé qu'une seule séance d'irradiation par journée civile**. En d'autres termes, les séances correspondent aux venues en établissement, et non aux passages-machine.

- En cas de réalisation d'une (ou plusieurs) séance(s) d'irradiation dans un établissement de soins de courte durée, pour un patient hospitalisé dans une unité médicale de ce même établissement, conformément au guide méthodologique de production des résumés de sortie du PMSI *(additif, BO n° 96/13 bis, chapitre V)*, **il convient de suspendre le RSS-séance, et de porter le (ou les) acte(s) d'irradiation sur le RSS d'hospitalisation.**

- En cas de réalisation d'une (ou plusieurs) séance(s) d'irradiation dans un établissement de soins de courte durée (B), pour un patient hospitalisé dans une unité médicale d'un autre établissement de court séjour (A), il convient d'appliquer les consignes liées aux prestations interétablissements (cf. le point 5.2.). Dans ce cas, l'établissement B suspend son RSS-séance, réalise un quasi-RUM (modes d'entrée et sortie codés « 0 »), et A porte les actes d'irradiation sur son RSS d'hospitalisation.

- Les consignes ici développées concernent les traitements de radiothérapie au sens large, incluant donc, l'irradiation externe (pour la part la plus importante), mais aussi la curiethérapie, lorsqu'elle est réalisée en ambulatoire (curiethérapie à haut débit de dose).

- S'agissant de curiethérapie réalisée en hospitalisation complète (curiethérapie à bas débit de dose), les consignes diffusées à ce jour pour la production du RUM (ou RSS) restent valables (DP = diagnostic de tumeur, acte = curiethérapie). Ces consignes ont pour conséquence d'orienter le séjour pour curiethérapie dans les GHM médicaux concernant la tumeur irradiée. Il importe désormais de bien noter l'acte de curiethérapie réalisé sur le RSS, au moyen du nouveau catalogue d'actes de radiothérapie, plus riche notamment en actes de curiethérapie. Seule la disponibilité de ces informations dans les bases de données PMSI permettra en effet de continuer à

faire évoluer la classification GHM (en testant ici par exemple l'opportunité de créer un GHM « curiethérapie »).

- La consigne précédente peut être étendue, d'une part à tous les types d'irradiation réalisés au cours d'une hospitalisation, d'autre part au cas particulier des préparations d'irradiation entièrement réalisées au cours d'une hospitalisation. Pour être en mesure de faire évoluer la classification des GHM il importe de caractériser au mieux les séjours. Le nouveau catalogue des actes de radiothérapie permettant une description d'actes aussi différents que l'irradiation externe avec un ou deux faisceaux, l'irradiation corporelle totale, ou les différents temps de préparation d'irradiation, il apparaît essentiel de porter précisément ces actes sur les RSS d'hospitalisation. Une analyse ultérieure appréciera s'ils discriminent effectivement des prises en charge différentes.

5.1.3. *Typologie et conséquences des erreurs de remplissage des RSS*

Tous les producteurs et utilisateurs d'informations PMSI savent bien que les résumés de sortie sont l'élément clé du dispositif : la conversion de leurs informations en groupes homogènes de malades permettant, eux, de décrire l'activité des établissements, justifie de porter un soin tout particulier à leur élaboration. Sont ici listées les principales erreurs (ou approximations) de remplissage des résumés de préparation ou de séances d'irradiation qui pourraient être observées, et leurs conséquences en terme de groupage :

Diagnostic principal (DP)	Date d'entrée (DE) Date de sortie (DS)	Item "nombre de séances"	Acte	GROUPAGE
Z51.0	...	...	...	groupe erreur n° 902
Z51.00	DE = DS	non renseigné ou = 0	...	groupe erreur n° 903
Z51.00	DE < DS	non renseigné ou = 0	…	groupe erreur n° 902
Z51.00	DE ≤ DS	≥ 1	pas d'acte de préparation	GHM n° 686
Z51.01	DE = DS	non renseigné ou = 0	aucun acte noté	GHM n° 817
Z51.01	DE ≤ DS	≥ 1	pas d'acte d'irradiation	GHM n° 689
Z51.01	DE < DS	non renseigné ou = 0	aucun acte noté	GHM n° 592

Avec :
... : quel que soit le renseignement porté
GHM n° 592 = « *Radiothérapie et surveillance* »
GHM n° 686 = « *Autres préparations à une irradiation externe* »
GHM n° 689 = « *Autres techniques d'irradiation externe, en séances* »
GHM n° 817 = « *Affections de la CMD n° 17 : ambulatoire, sans acte opératoire* »

Groupe n° 902 = « *Diagnostic invalide comme diagnostic principal dans certaines circonstances* »
Groupe n° 903 : « *Autres données médicales non valides* ».

5.2. **Règles de production des résumés de sortie dans le cadre des prestations interétablissements**

La réalisation de prestations médicales hospitalières par un établissement de santé donné, au profit d'un patient hospitalisé dans un autre établissement, donne lieu à des enregistrements d'informations PMSI variés et notoirement différents d'un établissement à l'autre, fonction notamment de particularités des systèmes d'information en place ou d'interprétations divergentes des règles en vigueur (code des règles de gestion des établissements sous dotation globale de fonctionnement, par exemple).

En l'absence de règles de production de l'information clairement définies, cette situation aurait tout lieu de perdurer. L'objet des consignes qui suivent est de permettre aux établissements de mieux décrire leur activité d'une part et de pallier l'absence de règle de production d'autre part.

5.2.1. ***Position du problème***

5.2.1.1. *Le contexte*

Au cours du séjour d'un patient dans une unité MCO de l'établissement **[A]**, un acte[30] doit être réalisé, mais **[A]** ne dispose pas[31] de l'équipement nécessaire à sa réalisation.

Le patient est donc momentanément transféré de **[A]** vers [**B]**, établissement disposant de l'équipement nécessaire.

Sur le plan administratif, en [A] on parle de « suspension de séjour ». En effet, pour autant que le transfert dure moins de 2 journées civiles (pas plus d'une nuitée hors de **[A]**), la réalisation de l'acte intervient sans interruption – administrative – du séjour en **[A]**. Il est entendu qu'un établissement qui recourt à des prestataires pour certaines activités (situation **[A]**) peut lui-même être prestataire pour d'autres (situation [**B]**).

5.2.1.2. *Les mesures envisagées*

Les consignes qui suivent conduisent à créer des « fantômes d'actes » (pour [A]) et des « quasi-résumés-de-séjour » (pour [B]). Cette nouveauté dans la production d'information PMSI est issue d'une double préoccupation :

---

[30] On entend, par acte, aussi bien une dialyse ou une séance de radiothérapie qu'un acte,classant ou non.
[31] Soit parce que **[A]** ne dispose pas de l'environnement technique requis, soit en raison de l'indisponibilité momentanée de l'équipement.

- permettre aux établissements de type **[A]** d'enregistrer, sur les résumés de séjour, les actes dont ils assument le poids financier[32], et qui qualifient le séjour des patients pris en charge conformément à la logique budgétaire du PMSI,
- ne pas laisser les établissements de type **[B]** face à l'alternative :
  - soit de présenter une image tronquée de leur activité ([B] facture à [A], mais ne produit pas de RSS),
  - soit de produire indûment des résumés de séjour donnant lieu à valorisation en points.

5.2.2. *En pratique*

Pour des raisons de simplicité de mise en œuvre, et compte tenu des pratiques constatées, les règles de production des informations PMSI relatives aux prestations interétablissements, valables à compter du 1er janvier 2000, sont les suivantes[33] :

5.2.2.1. *L'établissement est en situation de type* [A].

Lors de l'établissement du résumé de sortie de ce séjour, on notera :

a) **le code de l'acte réalisé à l'extérieur**, dit « fantôme d'acte » car il rend compte d'un acte que l'établissement n'a pas réalisé, mais dont il assume la charge financière. (Dans une logique PMSI où le résumé de séjour enregistre "ce qui a consommé des ressources", il est légitime en effet de ne pas perdre la trace de cet acte).

b) le code diagnostique **Z75.80 en diagnostic associé significatif[34]**. Ce code est un code CIM 10 étendu, spécifiquement créé par le PERNNS dans cet objectif, et répondant au libellé suivant : « *sujet adressé dans un autre établissement, pour réalisation d'un acte* ».

Par ailleurs, bien qu'il soit recommandé de ne constituer qu'un seul RUM pour englober la période qui précède le passage en **[B]** et celle qui suit le retour de **[B]**, il peut arriver que **[A]** soit conduit à réaliser deux RUM distincts, soit en raison de contraintes propres à son système d'information hospitalier, soit en raison du retour du patient dans une autre unité médicale que celle dont il est parti. Dans ce cas :

a) le RUM « pré-[B] » et le RUM « post-[B] » doivent comporter le même numéro de RSS,

b) le mode de sortie du RUM « pré-[B] » est codé « 0 » *(= départ ou retour de transfert provisoire pour réalisation d'un acte),*

---

32 En effet, quel que soit le statut (public ou privé) des établissements [A] et [B], le principe général de financement qui entoure ces prestations inter-établissements veut que **l'établissement [B] facture sa prestation à [A]**.

33 Ces dispositions pourront être aménagées ultérieurement pour répondre le plus parfaitement possible au problème posé.

34 Ce code est interdit par ailleurs en diagnostic principal.

c) le mode d'entrée du RUM « post-[B] » est codé « 0 » *(= départ ou retour de transfert provisoire pour réalisation d'un acte),*

d) les codes de provenance et de destination suivants viennent compléter les modes d'entrée et de sortie « 0 » des RUM :
1 d'une (ou vers) une unité de soins de courte durée,
2 d'une (ou vers) une unité de soins de suite et de réadaptation.

e) la date de sortie du RUM « pré-[B] » et la date d'entrée du RUM « post-[B] » ne peuvent être qu'identiques ou espacées d'une journée[35] (car il s'agit d'une suspension de séjour).

f) le code Z75.80 (et par conséquent l'acte réalisé à l'extérieur) sera porté soit sur le RUM pré-[B], soit sur le RUM post-[B] (dans les deux cas, il figurera, en effet, de la même façon sur le RSS final). En cas d'hésitation, il est préconisé de le porter systématiquement sur le premier RUM puisque c'est l'unité médicale pré-[B] qui se trouve logiquement en situation de prescripteur.

Enfin, une fois par an, le médecin responsable du DIM de [A] devra compléter le fichier transmis à la tutelle et décrivant les consultations et actes externes de l'établissement (FICHSUP), d'une ligne supplémentaire comportant **la liste des codes des actes réalisés à l'extérieur**. Cette liste sera établie à partir des factures émises à l'encontre de [A] par les établissements de type [B] auxquels il aura eu à adresser des patients[36].

5.2.2.2. *L'établissement est en situation de type [B]*

Si le patient est admis dans l'une des unités cliniques, **[B]** doit réaliser un résumé de séjour présentant les particularités suivantes :

a) les informations recueillies sont celles d'un RSS ordinaire,

b) mais le mode d'entrée et le mode de sortie seront codés « 0 » *(= départ ou retour de transfert provisoire pour réalisation d'un acte),*

c) les codes de provenance et de destination suivants viennent compléter les modes d'entrée et de sortie « 0 » des RUM :
1 d'une (ou vers) une unité de soins de courte durée,
2 d'une (ou vers) une unité de soins de suite et de réadaptation.

d) les dates d'entrée et de sortie du RSS ne peuvent être qu'identiques ou espacées d'une journée (car il s'agit d'une suspension du séjour de [A]).

Le codage à « 0 » du mode d'entrée et de sortie fait du résumé en question un « quasi-résumé de séjour ». En effet, le logiciel tutélaire MAHOS, de mesure de l'activité médicale hospitalière

---

[35] Ceci constitue une exception à la règle de jointivité des RUM d'un même RSS. La fonction groupage prend en charge le rétablissement de cette jointivité.

[36] Cela suppose que le double des factures soit transmis au DIM.

traitera bien entendu les quasi-RSA correspondants (repérés par leur mode d'entrée/sortie égal à « 0 »). Il sera ainsi possible de reconstituer l'activité réellement développée par l'établissement B en considérant non seulement l'activité donnant lieu à un RSS ordinaire (séjours de B), mais encore l'activité réalisée par B en tant que prestataire, et ne donnant pas lieu à ce jour à production d'un RSS.

Ces quasi-RSS ne seront néanmoins pas valorisés en points, puisque cette activité facturée par ailleurs à [A] n'a pas lieu d'être valorisée deux fois. De la même façon, ces séjours ne devront pas être pris en compte dans les calculs de valeur moyenne du point.
Enfin, s'agissant des établissements privés, cette disposition est synonyme de « RSFAc » obligatoirement « 0 ».

Si le patient n'est pas hospitalisé (cas d'une consultation), aucun RSS ne doit être établi par [B]

6. FONCTION GROUPAGE

Depuis 1990, le ministère de la Santé mettait à la disposition des intégrateurs informatiques le « noyau de programmation » nécessaire au groupage, sous la forme d'une librairie informatique complétée de tables, l'ensemble étant appelé Fonction Groupage (FG). En 1996, le ministère de la Santé introduit une nouveauté, en mettant le programme source de cette FG à la disposition des intégrateurs.

Les informaticiens peuvent donc l'intégrer dans leurs logiciels groupeurs, ce qui leur permet d'obtenir un groupage conforme à la description du manuel des GHM. Aucune obligation ne leur est faite cependant d'avoir recours à la FG, et certains choix de développement conduisent des informaticiens à développer leur propre moteur de groupage.

Pour l'utilisateur final, qui continue de recevoir gratuitement la version annuelle de GENRSA (ou son équivalent intégré dans le logiciel GENIAC pour les établissements privés), la garantie d'un groupage conforme est fournie par les vérifications que réalise ce programme, puisque GENRSA intègre lui-même la FG : pour produire des RSA, GENRSA lit un fichier de RSS-groupés, c'est-à-dire un fichier de RSS déjà traités par le groupeur de l'utilisateur, et outre le fichier de RSA produit en sortie, il établit un rapport d'exécution dans lequel l'analyse de la conformité de groupage est détaillée.

Cependant, la FG a suivi les évolutions de la classification des GHM, et s'est adaptée aux besoins nouveaux (contenu du RUM en particulier), de sorte que plusieurs versions successives ont été diffusées depuis 1990. Le tableau ci-dessous récapitule d'une manière synthétique ces différentes versions, indiquant notamment leur date de mise en service, les nomenclatures reconnues (CIM, CdAM), la version de la classification correspondante (c'est-à-dire la version des tables), et le format de RUM reconnu.

Ce tableau emploie une normalisation de la désignation de la FG : FG a.b, dans laquelle a représente le numéro de version du moteur de groupage, et b le numéro de version des tables.

Intitulé	Version du moteur de groupage	Version de la classification (tables)	CIM	CdAM	Format de RUM	Date de mise en service	Remarques	GENRSA
FG0.0	0	0	9	1985 à 1987	86 car	1990	diffusion restreinte	
FG1.1	1	1	9	1985 à 1991	86 car	février 1992		GENRSA 1
FG1.2	1	2	9	1985 à 1991	86 car	1993	Languedoc-Roussillon uniquement	
FG2.2	2	2	9	1985 à 1994	86 car format 002 format 003	février 1994		GENRSA 2 GENRSA 3
FG2.3	2	3	9 et 10	1985 à 1995	86 car format 002 format 003	juillet 1995		GENRSA 3.3b
FG3.4	3	4	10	1985 à 1996	format 003 format 004 format A04	janvier 1997		GENRSA 4 GENRSA 4.4
FG4.5	4	5	10	1985 à 1997	format 003 format 004 format A04	janvier 1998		GENRSA 4.5
FG5.6	5	6	10	1985 à 2000	format 004 format A04 format 005 format A05	janvier 2000		GENRSA 5.6

6.1. **Lecture des diagnostics**

Le format de RUM applicable à compter du 1er janvier 2000 prévoit huit positions par code de diagnostic, afin de permettre la saisie de codes ayant reçu des extensions sur les positions 7 et 8 par les sociétés savantes.

Or, la saisie des extensions à 8 positions n'étant que facultative, la FG pourrait avoir à traiter des RUM dont les uns indiqueraient par exemple `S37800` (code S37.800 de Lésion traumatique de la glande surrénale, sans plaie intra–abdominale) tandis que d'autres préciseraient `S37800XC` pour donner une précision qu'une société savante (fictive ici) aurait recommandé de coder avec l'extension XC ; le groupage devrait pourtant dans les deux cas être le même.

Aussi la première opération effectuée par la FG, avant de les traiter, est-elle de « tronquer » les codes des diagnostics lus sur le RUM pour n'en conserver que les six premières positions.

Cependant, dans la plupart des cas où de telles extensions existent - ou existeront – il y a fort peu de chances que les positions 5 et 6, réservées aux extensions du PERNNS, soient déjà occupées, l'exemple S37.800XC ci-dessus ayant précisément été construit pour la compréhension de la démonstration, mais réalisant une exception notable.

Un problème pratique se posait donc pour éviter une confusion de lecture aux opérateurs de saisie qui dans les services recueillent les RUM, problème résolu par la généralisation du principe de « comblement des espaces » déjà appliqué pour les positions 4 et 5 : le symbole « + » est employé comme symbole de remplissage, ce qui par exemple donne actuellement S47.+0, et pourrait donner F38.0++8A pour l'extension 8A imaginaire qu'une société savante fictive aurait créée au code F38.0.

Pour permettre un résultat de groupage cohérent, il faut alors que pour la saisie `F380++8A` la troncature mentionnée plus haut aboutisse non pas à `F380++` mais bien à `F380`, tandis que `S47+0` doit rester inchangé et ne pas aboutir à `S470`.
C'est pourquoi, en complément à la troncature après la sixième position, la FG procède-t-elle ensuite à l'élimination, de la droite vers la gauche, de tous les caractères « + » qu'elle rencontre dans un code de diagnostic, et interrompt cette opération dès qu'elle rencontre un caractère autre que « + ».

Par ailleurs, les diagnostics à visée documentaire (DAD) n'interviennent en aucune manière sur le groupage, et sont tout simplement ignorés par la FG, qui peut procéder aux opérations de contrôles (voir plus loin) du moment que la longueur du RUM est en cohérence avec les nombres de DAS, DAD et actes mentionnés. Si tel n'est pas le cas, la FG interrompt le groupage en mentionnant une erreur de format.

6.2. **Algorithme de détermination du diagnostic principal**

Dans un grand nombre de cas, le RSS est composé de plusieurs RUM ; on parle alors de RSS multi-unité.

Il arrive, de manière non exceptionnelle, que le diagnostic principal porté sur les différents RUM d'un tel RSS ne soit pas concordant. Cette situation peut également affecter non plus le diagnostic principal, mais le diagnostic relié. Dans ces deux cas, la FG emploie alors un algorithme, détaillé ci-dessous, pour déterminer quel RUM comporte le diagnostic principal et le diagnostic relié uniques.

Évidemment, il existe deux situations dans laquelle l'algorithme n'a pas à être employé :

- lorsque le RSS est mono-unité : le diagnostic principal mentionné sur le RUM unique est le diagnostic principal du RSS, et le diagnostic relié, s'il en est mentionné un sur le RUM, est celui du RSS;

- lorsque le RSS multi-unité comporte des RUM dont d'une part tous les diagnostics principaux sont concordants, et d'autre part tous les diagnostics reliés également, puisque la question ne se pose pas.

Cet algorithme se déroule en plusieurs phases, chacune n'étant engagée que si la précédente n'a pas abouti à une solution.

Phase 1 La FG repère les RUM qui comportent au moins un acte effectué au bloc opératoire (information obtenue dans les tables, en analysant un par un chacun des actes de chaque RUM)

Trois cas peuvent se présenter :

- un seul RUM comporte un tel acte : dans ce cas, c'est lui qui contient le DP unique. La recherche prend fin.
- aucun RUM ne comporte un tel acte : tous les RUM restent en lice pour la seconde phase.
- deux RUM ou plus comportent un tel acte : seuls les RUM comportant un tel acte restent en lice pour la seconde phase.

Phase 2 Parmi les RUM restés en lice, la FG repère ceux dont le DP a un « code en Z », c'est-à-dire dont le code CIM-10 débute par la lettre Z.

Quatre cas peuvent se présenter :

- un ou plusieurs RUM comportent un tel DP, mais un ou plusieurs RUM n'en comportent pas : seuls ces derniers (ceux qui n'en comportent pas) restent en lice pour la troisième phase.

- tous comportent un tel DP, sauf un seul : dans ce cas, ce dernier est le DP unique. La recherche prend fin.
- tous comportent un tel DP, sans exception : tous restent en lice pour la troisième phase.
- aucun RUM ne comporte un tel DP : tous les RUM restent en lice pour la troisième phase.

Phase 3 Parmi les RUM restés en lice, la FG retient celui ou ceux dont la durée de séjour partielle est la plus longue.

Il faut donc calculer la durée de séjour partielle de chaque RUM, c'est-à-dire le nombre de journées écoulées entre la date d'entrée et la date de sortie du RUM considéré. Il s'agit d'une opération arithmétique simple, qui ne doit faire l'objet d'aucune correction (en particulier aucune règle de facturation telle que la journée supplémentaire en cas de décès, ou le seuil de 1 journée). Le résultat peut donc être égal à 0.

Deux cas peuvent se présenter :

- un RUM a une durée de séjour plus longue que toutes les autres : dans ce cas, c'est lui qui contient le DP unique. La recherche prend fin.
- deux RUM ou plus sont *ex aequo* pour la durée de séjour partielle la plus longue : seuls ces RUM *ex aequo* restent en lice pour la dernière phase.

Phase 4 Parmi les RUM restés en lice, la FG retient le dernier par ordre chronologique : c'est lui qui contient le DP unique. La recherche prend fin.

Devenir des autres diagnostics - élimination des doublons de diagnostics et d'actes

Le RUM que cet algorithme identifie comme porteur du DP unique est considéré comme porteur également du DR unique. Il est donc à noter que le DR résultant peut être « à blanc ».

Tous les diagnostics non retenus dans ce processus comme DP unique sont considérés comme diagnostics associés significatifs (DAS). Il en est de même pour tous les diagnostics non retenus comme DR unique.

La FG élimine alors de la liste des diagnostics associés significatifs tous ceux qui font double emploi avec le DP unique retenu, car un diagnostic ne saurait constituer une complication de lui-même. De même, la FG élimine tout DAS qui ferait double emploi avec le DR, et enfin elle « met à blanc » un DR qui ferait double emploi avec le DP.

Ensuite est réorganisée la liste des diagnostics associés significatifs et la liste des actes pour qu'un code donné n'apparaisse qu'une seule fois, **même sur des RUM distincts**.

6.3. **Fusion de RUM issus de la même unité médicale**

Bien qu'observée de manière tout à fait exceptionnelle actuellement dans les RSS, la production de deux RUM jointifs provenant de la même unité médicale là où un seul RUM suffirait est une pratique qui va tendre à s'accroître en raison des adaptations induites par le dispositif des prestations interétablissements introduit au 1er janvier 2000. Il autorise en effet l'établissement demandeur, sans toutefois le recommander, à établir un « RUM pré-prestation » et un « RUM post-prestation ».

Or, si l'on se réfère au processus de détermination du RUM comportant le DP en cas de séjour multi-unité (phase 3 ci-dessus), on constate qu'une telle option peut modifier le choix du DP retenu in fine, en raison de la modification des durées de séjour partielles qu'elle induit.

La solution, généralisée à tous les cas ou deux RUM jointifs sont porteurs du même code d'unité médicale, est introduite dans la FG5.6 ; elle consiste à fusionner ces RUM jointifs pour constituer un RUM unique dont la date d'entrée est celle du premier et la date sortie est celle du dernier. Le DP et le DR du RUM résultant sont déterminés par l'application de l'algorithme de choix du DP sur les RUM en cause, et le devenir des autres diagnostics ainsi que l'élimination des doublons suivent le même processus que celui décrit ci-dessus.

6.4. **les erreurs détectées par la fonction groupage**

Les RSS étant le résultat d'une suite d'opérations multiples, dont la plupart sont manuelles, des erreurs peuvent s'y introduire. Ces erreurs peuvent être de plusieurs natures : erreur de codage, erreur de saisie, erreur de hiérarchisation, problème matériel, etc., se traduisant par l'absence d'une donnée, un format de donnée non conforme, une donnée incohérente, etc. Selon les cas, ces erreurs peuvent rendre impossible la détermination du GHM (absence du DP, par exemple), ou n'être qu'un indice d'une qualité de données suspecte, sans conséquence absolue sur le résultat du groupage. Elles peuvent aussi traduire un dysfonctionnement matériel ou logiciel sans rapport avec le RSS traité.

C'est pourquoi depuis son origine la FG ne fournit pas seulement en retour la valeur du GHM correspondant au RSS traité, mais aussi un code, dit code retour, dont la valeur permet de savoir si des erreurs ont été détectées. Jusqu'à la version FG4.5, chaque valeur du code retour indiquait une erreur d'une nature déterminée, tandis que la valeur 00 indiquait que tout s'était bien passé.

Pour diverses raisons, il a semblé nécessaire, à compter de la version FG5.6, d'améliorer ce dispositif de détection et de signalement des erreurs. L'évolution principale consiste en une hiérarchisation des erreurs détectées, classées dorénavant en trois catégories : les erreurs d'implémentation, les erreurs détectées par les contrôles, et les erreurs détectées dans le parcours de l'arbre de décision du groupage.

Chacune de ces trois catégories dispose dorénavant d'un système propre de numérotation des erreurs au lieu du système de numérotation commun qui s'appliquait jusqu'en 1999, ce qui multiplie par trois le nombre de possibilités de numérotation.

Cependant, pour l'application en l'an 2000, on a conservé dans chaque catégorie les anciens numéros reventilés selon leur nature, et l'on a évité d'affecter aux nouvelles séries d'erreurs détectées des numéros existant déjà.

Dans tous les cas, les erreurs de 01 à 59 sont bloquantes, ce qui signifie que le groupage n'a pu être entièrement effectué, tandis que les erreurs de 60 à 99 sont non bloquantes, certaines même n'étant pas à proprement parler des erreurs mais plutôt des alertes, voire de simples sémaphores. La valeur 00 quant à elle signifie que tout s'est bien déroulé.

Pour le cas des erreurs « non catastrophiques », on peut hésiter entre la démarche « laxiste » qui consisterait à grouper comme si de rien n'était (erreur non bloquante), la démarche « sanction » qui consisterait à grouper en effectuant pour la donnée erronée la supposition conduisant au cas le plus défavorable en matière de résultat de groupage (erreur non bloquante), ou encore la démarche « répressive » qui consisterait à refuser de grouper le RSS (erreur bloquante). C'est à un compromis entre ces trois voies que conduit la démarche « pragmatique », et c'est celle qui a été suivie dans les choix retenus pour la FG5.

Ces choix sont des conventions, et l'on pourrait en justifier d'autres. Cependant, étant donné que la FG fournit un code retour convenu dans une situation déterminée, et que ce code retour est recopié dans le RSS-groupé puis dans le RSA, il est indispensable pour les développeurs informatiques de calquer ces choix s'ils souhaitent réaliser des groupeurs conformes sans employer la FG (tout autre décision serait détectée par GENRSA comme une différence de groupage).

Notons enfin que la FG fournit les codes retour sous deux formes distinctes et simultanées, auxquelles a accès tout programme groupeur intégrant la FG:

- trois *vecteurs de codes retours*, récapitulant la totalité des erreurs détectées dans le RSS pour chacune des trois catégories d'erreurs. Ces vecteurs sont riches d'information, mais ils ne sont pas *normalisés* ; ils peuvent être exploités de différentes manières par le programme groupeur, voire être complètement ignorés. GENRSA ne teste leur conformité en aucune manière.
- un code retour unique, qui doit impérativement être exploité par le programme groupeur, et que GENRSA retrouvera identique si le RSS n'est pas modifié.

Seul le code retour unique aurait besoin d'être entièrement détaillé, puisque c'est le seul que GENRSA contrôle pour vérifier la concordance avec la FG. Cependant le code retour unique n'étant affecté que par les erreurs bloquantes, les codes retours non bloquants sont également présentés dans ce chapitre, pour l'information complète du lecteur.

6.4.1. *Les erreurs d'implémentation*

Il s'agit des erreurs provoquées par un dysfonctionnement matériel ou logiciel, comme par exemple la détection d'une capacité de mémoire vive insuffisante, l'absence d'une table nécessaire au groupage, etc. Bien entendu, la détection d'une telle erreur interdit au groupage de se poursuivre.

La liste de telles erreurs est ouverte, et tout intégrateur peut la compléter à sa guise. Seuls trois codes ont déjà été ventilés dans cette catégorie par la FG5.6 (voir le tableau ci-dessous).

Le code retour prend une valeur comprise entre 01 et 59 selon la liste suivante :

04	TABLES ENDOMMAGÉES
08	CORRUPTION D'UNE TABLE
09	TABLE INTROUVABLE

Par convention, la détection d'une erreur de cette catégorie s'accompagne du résultat de groupage suivant : catégorie majeure 90, groupe 910.

La plupart du temps, l'utilisateur confronté à ce type d'erreur devra se tourner vers son fournisseur informatique pour en trouver l'explication et la solution.

6.4.2. ***Les erreurs détectées par les contrôles***

Il s'agit des erreurs mises en évidence par la fonction groupage à la lecture des RUM. La détection de telles erreurs, si elles sont bloquantes, interdit la poursuite du groupage mais autorise la poursuite de la détection d'autres erreurs, afin d'effectuer un diagnostic complet de la validité du RSS traité.

Par convention, la détection d'une erreur bloquante de cette catégorie s'accompagne du résultat de groupage suivant : catégorie majeure 90, groupe 900.

En règle générale, c'est la documentation de la fonction groupage (reproduite ici même) qui permet à l'utilisateur confronté à ce type d'erreur de savoir quelle conduite tenir. En dernier recours, il s'adressera au CTIP, développeur de la FG, pour obtenir les précisions nécessaires.

Contrôles obligatoires (erreurs bloquantes)

Le code retour prend une valeur comprise entre 01 et 59 selon la liste suivante :

10	RSS MULTI-UNITÉ AVEC NUMÉRO DE RSS INCONSTANT
11	NUMÉRO DE RSS ABSENT
13	DATE DE NAISSANCE ABSENTE
14	DATE DE NAISSANCE NON NUMÉRIQUE
15	DATE DE NAISSANCE IMPROBABLE PAR RAPPORT À LA DATE D'ENTRÉE
16	CODE SEXE ABSENT
17	CODE SEXE ERRONÉ
19	DATE D'ENTRÉE ABSENTE
20	DATE D'ENTRÉE NON NUMÉRIQUE
21	DATE D'ENTRÉE INCOHÉRENTE
23	RSS MULTI-UNITÉ : CHAÎNAGE DATE D'ENTRÉE - DATE DE SORTIE INCOHÉRENT
24	MODE D'ENTRÉE ABSENT
25	MODE D'ENTRÉE ERRONÉ OU PROVENANCE ERRONÉE
26	MODE D'ENTRÉE INCORRECT OU PROVENANCE INCORRECTE POUR COMMENCER UN RSS
27	RSS MULTI-UNITÉ : MODE D'ENTRÉE INCORRECT OU PROVENANCE INCORRECTE SUR UN RUM DE SUITE
28	DATE DE SORTIE ABSENTE
29	DATE DE SORTIE NON NUMÉRIQUE
30	DATE DE SORTIE INCOHÉRENTE
32	RUM AVEC INCOHÉRENCE DATE DE SORTIE - DATE D'ENTRÉE
33	MODE DE SORTIE ABSENT
34	MODE DE SORTIE ERRONÉ, OU DESTINATION ERRONÉE
35	MODE DE SORTIE INCORRECT OU DESTINATION INCORRECTE POUR CLORE UN RSS
36	NOMBRE DE SÉANCES NON NUMÉRIQUE
37	RSS MULTI-UNITÉ : PRÉSENCE DE SÉANCES SUR UN DES RUM
39	DATE DE NAISSANCE INCOHÉRENTE
40	DIAGNOSTIC PRINCIPAL ABSENT
41	CODE DE DIAGNOSTIC PRINCIPAL NE RESPECTANT PAS LE FORMAT DE LA CIM
42	CODE DE DAS NE RESPECTANT PAS LE FORMAT DE LA CIM
43	CODE D'ACTE NE RESPECTANT PAS LE FORMAT DU CDAM
45	RSS MULTI-UNITÉ : DATE DE NAISSANCE INCONSTANTE
46	RSS MULTI-UNITÉ : CODE SEXE INCONSTANT
49	RSS MULTI-UNITÉ : MODE DE SORTIE INCORRECT OU DESTINATION INCORRECTE POUR UN RUM AUTRE QUE LE DERNIER
51	CODE DE DIAGNOSTIC RELIÉ NE RESPECTANT PAS LE FORMAT DE LA CIM
53	PROVENANCE ABSENTE

54 DESTINATION ABSENTE
55 NOMBRE DE DAS OU DE DAD ABSENT
56 NOMBRE DE DAS OU DE DAD NON NUMÉRIQUE
57 NOMBRE D'ACTES ABSENT
58 NOMBRE D'ACTES NON NUMÉRIQUE
59 FORMAT DE RUM INCONNU

Contrôles facultatifs (erreurs non bloquantes)

Les valeurs comprises entre 60 et 99 sont réservées à l'identification des échecs des contrôles facultatifs, selon la liste ci-dessous. Leur libellé étant en général explicite, ces contrôles n'appellent pas de commentaire particulier.
Soulignons cependant une caractéristique particulière des tables de la classification, dont on retrouve ici la trace (codes retour 68, 71, 74 et 95) : le CdAM depuis son origine en 1985, et la CIM 10 « étendue » dorénavant, ont subi ou sont amenés à subir des évolutions parfois importantes. Les tables de la classification gardent la trace des actes ou des diagnostics « abandonnés », de sorte qu'il est toujours possible de grouper des fichiers de données anciennes. Cette conservation des codes anciens est « dynamique » : la classification des GHM évoluant, il est possible que des actes ou des diagnostics changent d'orientation. Ce changement d'orientation affecte également les codes « abandonnés » : en d'autres termes, leur présence dans un RSS sera prise en compte avec le même déterminisme que si le code était toujours d'actualité. Cette particularité permet d'analyser l'activité de plusieurs années consécutives, sans artefact induit par l'évolution de la nomenclature employée. Toutefois les codes retours attireront l'attention du responsable du DIM, afin d'éviter la persistance de codages obsolètes.

61 NUMÉRO DE RSS NON NUMÉRIQUE
62 UNITÉ MÉDICALE NON RENSEIGNÉE
64 DATE SYSTÈME ANTÉRIEURE À LA DATE D'ENTRÉE
65 DATE SYSTÈME ANTÉRIEURE À LA DATE DE SORTIE
66 NOMBRE DE SÉANCES : VALEUR INVRAISEMBLABLE
67 DIAGNOSTIC PRINCIPAL : N'A JAMAIS EXISTÉ DANS LA CIM
68 DIAGNOSTIC PRINCIPAL : N'EXISTE PLUS DANS LA CIM
70 DIAGNOSTIC ASSOCIÉ : N'A JAMAIS EXISTÉ DANS LA CIM
71 DIAGNOSTIC ASSOCIÉ : N'EXISTE PLUS DANS LA CIM
73 ACTE : N'A JAMAIS EXISTÉ DANS LE CDAM
74 ACTE : N'EXISTE PLUS DANS LE CDAM
76 NUMÉRO D'ENTITE JURIDIQUE NON NUMÉRIQUE
77 DATE D'ENTRÉE IMPROBABLE CAR TROP ANCIENNE
78 SÉJOUR DE MOINS DE 24 HEURES : CODE ERRONÉ
79 HOSPITALISATION DANS LES 30 JOURS ANTÉRIEURS : CODE ERRONÉ
80 CODE POSTAL : NON RENSEIGNÉ
81 CODE POSTAL NON NUMÉRIQUE
82 POIDS DE NAISSANCE NON NUMÉRIQUE
83 ZONE RÉSERVÉE NON VIDE
84 DIAGNOSTIC PRINCIPAL INVRAISEMBLABLE CAR RARE
85 DIAGNOSTIC PRINCIPAL INVRAISEMBLABLE EN RAISON DE L'ÂGE
86 DIAGNOSTIC PRINCIPAL INCOMPATIBLE AVEC LE SEXE INDIQUÉ
87 DIAGNOSTIC PRINCIPAL INCOMPATIBLE AVEC L'ÂGE INDIQUÉ
88 AUCUN DIAGNOSTIC N'EST VRAISEMBLABLE EN RAISON DU DÉCÈS
89 AUCUN DIAGNOSTIC N'EST COMPATIBLE AVEC LE DÉCÈS
90 DAS INVRAISEMBLABLE CAR RARE
91 DAS INVRAISEMBLABLE EN RAISON DE L'ÂGE
92 DAS INCOMPATIBLE AVEC LE SEXE INDIQUÉ
93 DAS INCOMPATIBLE AVEC L'ÂGE INDIQUÉ
94 DIAGNOSTIC RELIÉ : N'A JAMAIS EXISTÉ DANS LA CIM
95 DIAGNOSTIC RELIÉ : N'EXISTE PLUS DANS LA CIM
96 DIAGNOSTIC RELIÉ INVRAISEMBLABLE CAR RARE
97 DIAGNOSTIC RELIÉ INVRAISEMBLABLE EN RAISON DE L'ÂGE
98 DIAGNOSTIC RELIÉ INCOMPATIBLE AVEC LE SEXE INDIQUÉ
99 DIAGNOSTIC RELIÉ INCOMPATIBLE AVEC L'ÂGE INDIQUÉ

6.4.3. *Les erreurs détectées dans le parcours de l'arbre de décision du groupage*

Il s'agit des erreurs mises en évidence pendant la phase de groupage proprement dite. Dans un cas, il s'agit d'un indicateur et non d'une erreur à proprement parler (code 80).

Par convention, la détection d'une erreur bloquante de cette catégorie s'accompagne du résultat de groupage suivant : catégorie majeure 90, groupe 901, ou 902, ou 903

En règle générale, c'est le manuel de la classification des GHM qui permet à l'utilisateur confronté à ce type d'erreur de savoir quelle conduite tenir. En dernier recours, il s'adressera au PERNNS, développeur de la classification, pour obtenir les précisions nécessaires.

<u>Erreurs bloquantes</u>

Le code retour prend une valeur comprise entre 01 et 59 selon la liste suivante :

01 DIAGNOSTIC PRINCIPAL ERRONÉ
02 INCOMPATIBILITESEXE-DIAGNOSTIC PRINCIPAL
03 DIAGNOSTIC PRINCIPAL INCOHÉRENT
05 DIAGNOSTIC PRINCIPAL : TITRE, INSUFFISAMMENT PRÉCIS POUR LA CLASSIFICATION DES GHM
06 INCOMPATIBILITÉ ACTE-DIAGNOSTIC
07 POIDS INCOMPATIBLE POUR UN NOUVEAU-NÉ

<u>Signalements (non bloquants)</u>

Le code retour prend une valeur comprise entre 60 et 99 selon la liste suivante :

80 GROUPE MÉDICAL OBTENU PAR ÉVITEMENT DU GROUPE 901

6.4.4. *Modalités de sélection du code retour par la FG lorsque plusieurs erreurs ont été détectées*

Si plusieurs erreurs d'implémentation ont été détectées, c'est celle dont la valeur non nulle est la plus basse qui est retournée par la fonction groupage. Elle s'accompagne du groupage en G910, et l'emporte sur les erreurs de groupage ou de contrôles.

Si plusieurs erreurs bloquantes ont été détectées par les contrôles, c'est celle dont la valeur non nulle est la plus basse qui est retournée par la fonction groupage. Elle s'accompagne du groupage en G900, et l'emporte sur les erreurs de groupage.

Si le groupage parvient à se dérouler, c'est-à-dire si aucune erreur d'implémentation ni aucune erreur bloquante de contrôle n'a été détectée, alors la fonction groupage retourne, selon le cas :

- 00 pour signaler un groupage correct ;
- 80 pour signaler un groupe médical obtenu par évitement du groupe 901 ;
- la valeur comprise entre 01 et 59 selon le tableau ci-dessus en cas d'erreur de groupage.

ANNEXES

Annexe 1

Liste des sigles utilisés
Dans le manuel
Des groupes homogènes de malades

CdAM	Catalogue des Actes Médicaux
CIM	Classification Internationale des Maladies
CIM 9	Classification Internationale des Maladies, 9ème révision
CIM 10	Classification Internationale des Maladies, 10ème révision
CITI 2	Centre Interuniversitaire de Traitement de l'Information 2
CM	Catégorie Majeure
CMA	Complications et Morbidités Associées
CMAS	Complications et Morbidités Associées Sévères
CMD	Catégorie Majeure de Diagnostic
CNEH	Centre National de l'Équipement Hospitalier
CTIP	Centre de Traitement de l'Information du PMSI
DA	Diagnostic Associé
DAD	Diagnostic associé documentaire
DAS	Diagnostic associé significatif
DP	Diagnostic Principal
DR	Diagnostic relié
DRG	Diagnosis Related Groups
FG	Fonction Groupage
GHM	Groupe Homogène de Malades
ICD-9-CM	International Classification of Disease, 9th edition, Clinical Modification
ICR	Indice de Coût Relatif
IGSII	Indice de Gravité Simplifié II
IPSI	Indice de Pondération en Soins Infirmiers
ISA	Indice Synthétique d'Activité
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PERNNS	Pôle d'Expertise et de Référence National des Nomenclatures de Santé
PMSI	Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information
RSA	Résumé de Sortie Anonyme
RSP	Résumé Standardisé de Préparation (à une irradiation)
RSS	Résumé de Sortie Standardisé
RUM	Résumé d'Unité Médicale
SAI	Sans Autre Indication
SESI	Service des statistiques, des études et des systèmes d'information
UM	Unité médicale